



CUENTA DE ALTO COSTO  
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Seguimos  
sumando  
esfuerzos

Situación de la  
**artritis reumatoide**  
en Colombia

**2017**







Situación de la artritis reumatoide en Colombia 2017

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo  
Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISSN: 2590-9037  
Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D.C., Colombia, noviembre de 2018

© Todos los derechos reservados

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización escrita  
de la Cuenta de Alto Costo

# Situación de la artritis reumatoide en Colombia 2017

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



**CUENTA DE ALTO COSTO**  
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Seguimos  
sumando  
esfuerzos

## **Junta Directiva**

Presidente  
Pablo Fernando Otero  
SURA EPS

Javier Peña Ramírez  
Cajacopi EPS

Beda Margarita Suárez  
Anas Wayuu EPSI

Jaime González Montaña  
Coosalud EPS

Lina Vanessa Morales  
Comfenalco Valle EPS

Carlos Marino Escobar  
Cooameva EPS

José Fernando Cardona  
Nueva EPS

María Magdalena Flórez  
Ecoopsos ESS EPS

## **Cuenta de Alto Costo**

Lizbeth Acuña Merchán  
Directora Ejecutiva

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo  
de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

Luis Alberto Soler  
Coordinador de Gestión del Riesgo

Fernando Valderrama  
Coordinador de Gestión de la Tecnología

María Teresa Daza  
Coordinadora de Auditoría y Gestión de la Información

Juan Camilo Fuentes  
Coordinador de Gestión del Conocimiento

## **Grupo desarrollador**

Lizbeth Acuña  
Directora ejecutiva

Juan Camilo Fuentes  
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Paula Ximena Ramírez Barbosa  
Líder de Gestión del Conocimiento

Julieth Carolina Castillo Cañón  
Especialista en analítica

Ana Milena Gil Quijano  
Especialista en analítica

Andrea Castillo Niuman  
Especialista en analítica

Andrés Gutiérrez Montealegre  
Estadístico

Deniceth Rodríguez López  
Profesional especializado

## **Revisor clínico**

Paul Alejandro Méndez Patarroyo  
Medicina interna, reumatología  
Presidente de la Asociación Colombiana de Reumatología

## **Comité editorial**

Lizbeth Acuña  
Presidenta

Juan Camilo Fuentes  
Secretario

Luis Alberto Soler  
Vocal

Fernando Valderrama  
Vocal

María Teresa Daza  
Vocal

Liliana Barbosa Vaca  
Vocal

Corrección de estilo, diseño y diagramación:  
Alejandro Niño Bogoya - UCD y María Victoria Vásquez - UCD

## CONTENIDO

Abreviaturas.....	17
Lista de entidades que reportaron a la Cuenta de Alto Costo.....	19
Glosario .....	23
Introducción.....	25
Aspectos éticos y legales.....	27
Aspectos metodológicos.....	29
1. Características generales de las personas con diagnóstico de AR.....	35
1.1 Distribución por edad y sexo .....	35
1.2 Distribución por régimen de afiliación .....	37
1.3 Distribución por entidad.....	37
1.4 Distribución por entidad territorial .....	40
1.5 Edad al diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad ...	41
1.6 Comorbilidades en los pacientes con AR .....	43
1.7 Características generales de los casos de AR incidentes.....	45
1.8 Comorbilidades en los casos incidentes de AR .....	45
2. Morbilidad y mortalidad en las personas con AR.....	47
2.1 Prevalencia nacional de AR.....	48
2.2 Prevalencia de la AR en la población afiliada .....	50
2.3 Incidencia nacional de la AR.....	51
2.4 Incidencia de la AR en la población afiliada.....	53
2.5 Mortalidad nacional en AR .....	55
2.6 Mortalidad de la AR en la población afiliada .....	57

3. Diagnóstico de la AR .....	61
3.1 Estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR.....	61
3.2 Hallazgos radiográficos al diagnóstico de la AR .....	63
4. Atención de la AR .....	65
4.1 Consulta con especialista .....	65
4.2 Atención por hospitalizaciones.....	67
4.3 Estudio de pronóstico y seguimiento .....	69
4.4 Seguimiento de las pruebas de laboratorio y radiográficas .....	73
4.5 Reemplazo articular .....	76
5. Tratamiento farmacológico .....	77
5.1 Uso de medicamentos analgésicos y antiinflamatorios .....	77
5.2 Uso de glucocorticoides .....	79
5.3 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en los casos prevalentes.....	81
5.4 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en los casos incidentes .....	87
6. Indicadores de gestión del riesgo .....	91
Discusión y conclusiones .....	99
Referencias bibliográficas.....	103

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de casos de AR por entidad según el sexo, 2017 .....	37
Tabla 2. Número de casos de AR por entidad territorial según el sexo, 2017 .....	40
Tabla 3. Índice de masa corporal en la población con AR según el sexo, 2017 .....	44
Tabla 4. Medidas de morbilidad y mortalidad en AR, 2016-2017.....	48
Tabla 5. Prevalencia de la AR según la entidad territorial, 2017.....	48
Tabla 6. Prevalencia de la AR según la entidad, 2017.....	50
Tabla 7. Incidencia de la AR según la entidad territorial, 2017 .....	52
Tabla 8. Incidencia de AR según entidad, 2017 .....	53
Tabla 9. Mortalidad nacional de la AR, 2017 .....	55
Tabla 10. Mortalidad en AR según la entidad, 2017.....	57
Tabla 11. Estudios realizados durante el diagnóstico de la AR, 2017.....	62
Tabla 12. Distribución de los casos de hospitalización por régimen de afiliación, 2017 .....	68
Tabla 13. Estado de actividad actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes y prevalentes .....	71
Tabla 14. Estado de actividad inicial y actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes de AR.....	71
Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la medición inicial y final del HAQ en los casos incidentes de AR, 2017.....	73
Tabla 16. Resultados de las pruebas de seguimiento a los pacientes con AR.....	73
Tabla 17. Resultados de las pruebas de seguimiento con reporte cuantitativo en los pacientes con AR .....	74

Tabla 18. Uso de los csFARMES en casos prevalentes con AR .....	81
Tabla 19. Uso de los bFARMES en los casos prevalentes con AR.....	82
Tabla 20. Uso de FARMES en casos prevalentes de AR según el régimen de afiliación .....	83
Tabla 21. Uso de FARMES en casos prevalentes de AR según la entidad.....	83
Tabla 22. Uso de FARMES en casos prevalentes de AR según la entidad territorial .....	86
Tabla 23. Uso de csFARMES en los casos incidentes con AR .....	88
Tabla 24. Uso de los bFARMES en los casos incidentes con AR .....	89
Tabla 25. Uso de combinaciones de FARMES en casos incidentes de AR.....	90
Tabla 26. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR (línea de base y año 2017).....	91
Tabla 27a. Resultados de la gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 1 al 7).....	93
Tabla 27b. Resultados de gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 8 al 14).....	96

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Población adulta, proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2017 .....	32
Figura 2. Número de afiliados por EAPB, 2017.....	33
Figura 3. Distribución de los pacientes con AR según la edad, 2017 .....	35
Figura 4. Razón hombre - mujer de las personas con AR, 2017.....	35
Figura 5. Pirámide poblacional de los casos con AR, 2017.....	36
Figura 6. Distribución de la edad según el régimen de afiliación, 2017 .....	36
Figura 7. Porcentaje de casos de AR reportados por entidad, 2017.....	39
Figura 8. Distribución de los casos de AR según la entidad territorial, 2017 .....	41
Figura 9. Distribución de la edad al diagnóstico según el régimen de afiliación, 2017 .....	42
Figura 10. Distribución de casos de AR según el tiempo de evolución, 2017 .....	42
Figura 11. Distribución del tiempo de evolución según el régimen de afiliación, 2017 .....	43
Figura 12. Distribución de comorbilidades en los pacientes con AR según el sexo, 2017 .....	43
Figura 13. Proporción de comorbilidades en los pacientes con AR según el sexo, 2017 .....	44
Figura 14. Pirámide poblacional de los casos incidentes con AR, 2017.....	45
Figura 15. Porcentaje de pacientes con comorbilidades al momento del diagnóstico de AR, 2017.....	46
Figura 16. Distribución de las comorbilidades al diagnóstico de la AR según el sexo, 2017 .....	46

Figura 17. Número de casos reportados como incidentes, prevalentes y fallecidos según el sexo, 2016-2017.....	47
Figura 18. Distribución del uso de estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR, 2017.....	61
Figura 19. Resultados de las pruebas en la confirmación diagnóstica de la AR, 2017.....	62
Figura 20. Resultados de VSG y PCR para el diagnóstico de la AR, 2017 .....	63
Figura 21. Distribución de los casos de AR con erosiones en las radiografías de manos o pies según el resultado del FR y anti-CCP, 2017 .....	64
Figura 22. Porcentaje de atención en los pacientes con AR según el tipo de profesional de la salud, 2017 .....	65
Figura 23. Porcentaje de atención por tipo de profesional de la salud según el régimen de afiliación, 2017 .....	66
Figura 24. Número de consultas por médico especialista en personas con AR, 2017.....	66
Figura 25. Porcentaje de consultas por médico especialista en personas con AR, 2017.....	67
Figura 26. Distribución de los pacientes hospitalizados según el grupo de edad, 2017.....	67
Figura 27. Distribución del estado de actividad (DAS28) de la AR según hospitalización, 2017.....	68
Figura 28. Distribución del número de hospitalizaciones en los pacientes con AR, 2017 .....	69
Figura 29. Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR, 2017 .....	70
Figura 30. Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR según el régimen de afiliación, 2017.....	70
Figura 31. Distribución de los casos de AR según el resultado de la escala HAQ, 2017.....	72
Figura 32. Distribución del resultado del último HAQ según régimen de afiliación, 2017 .....	72

Figura 33. Resultados de las pruebas de seguimiento a los pacientes con AR, 2017.....	74
Figura 34. Resultados de las pruebas de seguimiento con reporte cuantitativo en los pacientes con AR, 2017 .....	75
Figura 35. Número de personas con AR que requirieron reemplazo articular según el tipo de articulación, 2017 .....	76
Figura 36. Porcentaje de uso de analgésicos y antiinflamatorios en casos prevalentes de AR, 2017 .....	77
Figura 37. Porcentaje de uso de analgésicos y antiinflamatorios en casos incidentes de AR, 2017.....	78
Figura 38. Distribución por grupo de edad del uso de analgésicos y antiinflamatorios en los casos prevalentes de AR, 2017.....	78
Figura 39. Distribución por grupo de edad del uso de analgésicos y antiinflamatorios en los casos incidentes de AR, 2017 .....	79
Figura 40. Uso de glucocorticoides en la población con AR, 2017.....	80
Figura 41. Distribución del tiempo de uso de los glucocorticoides en la población con AR, 2017 .....	80
Figura 42. Uso de los FARMes en los casos prevalentes de AR según grupos de edad, 2017.....	82
Figura 43. Uso de los csFARMes en los casos incidentes de AR según grupos de edad, 2017.....	88
Figura 44. Uso de los bFARMes en los casos incidentes de AR según grupos de edad, 2017.....	89

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Prevalencia nacional de la AR (100 habitantes), 2017 .....	49
Mapa 2. Incidencia nacional de la AR (100.000 habitantes), 2017 .....	53
Mapa 3. Mortalidad nacional de la AR (100.000 habitantes), 2017 .....	57
Mapa 4. Distribución de casos de AR según el uso de los bFARMEs en Colombia.....	87





## ABREVIATURAS

<b>ALT</b>	Alanina aminotransferasa
<b>AR</b>	Artritis reumatoide
<b>AINES</b>	Anti-inflamatorios no esteroideos
<b>ANTI- TNF</b>	Inhibidor del factor de necrosis tumoral
<b>ANTI-CCP</b>	Anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico
<b>BDUA</b>	Base de Datos Única de Afiliados
<b>bFARMES</b>	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad biológicos
<b>CAC</b>	Cuenta de Alto Costo-Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
<b>CIE10</b>	Clasificación internacional de enfermedades, versión 10
<b>csFARMES</b>	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos convencionales
<b>DAS28</b>	Disease Activity Score 28 (medida de la actividad de la enfermedad )
<b>DE</b>	Desviación estándar
<b>dl</b>	Decilitro
<b>EAPB</b>	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
<b>EPS</b>	Empresa Promotora de Salud
<b>FARMES</b>	Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad
<b>FR</b>	Factor reumatoide
<b>g</b>	Gramo
<b>GPC</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>h</b>	Hora



<b>IMC</b>	Índice de masa corporal
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>min</b>	Minuto
<b>mg</b>	Miligramo
<b>ml</b>	Mililitro
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>mm</b>	Milímetro
<b>mm<sup>3</sup></b>	Milímetro cúbico
<b>PCR</b>	Proteína C reactiva
<b>sFARMEs</b>	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>tsFARME</b>	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos contra objetivo específico (target)
<b>VSG</b>	Velocidad de Sedimentación Globular



## LISTA DE ENTIDADES QUE REPORTARON A LA CUENTA DE ALTO COSTO

Código de la entidad	Nombre de la entidad
<b>Régimen Contributivo</b>	
EASo16	Empresas Públicas de Medellín. Departamento Médico Antioquia-Medellín
EPSo33	Saludvida EPS. S.A.
EASo27	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.
EPSoo1	Aliansalud
EPSo12	Comfenalco Valle EPS.
EPSo23	Cruz Blanca EPS. S.A.
EPSo18	Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.
EPSo17	EPS Famisanar Ltda.
EPSoo8	Compensar EPS
EPSoo5	Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.
EPSoo2	Salud Total S.A. Entidad Promotora de Salud
EPSo10	EPS SURA
EPSo16	Coomeva EPS S.A.
EPSo37	Nueva EPS. S.A.
EPSoo3	Cafesalud
<b>Régimen Subsidiado</b>	
CCF102	Comfachoco-CCF del Choco
EPSIo4	Anas Wayuu EPS Indígena
CCFo23	Caja de Compensación Familiar de la Guajira
EPSIo6	Pijaos Salud EPSI
EPSIo1	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar -Dusakawi
CCFo33	Caja de Compensación Familiar de Sucre- Comfasucre
ESSoo2	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud ESS Emdisalud
CCFo53	Comfacundi-CCF de Cundinamarca
CCFo50	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano- Comfaoriente



<b>Código de la entidad</b>	<b>Nombre de la entidad</b>
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca -A.I.C.
CCF007	Comfamiliar Cartagena EPS- CCF de Cartagena
CCF009	Caja de Compensación Familiar de Boyacá
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. -AMBUQ
EPSI05	Entidad Promotora de Salud -Mallamas EPSI
ESS091	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud -Ecoopsos
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
CCF015	Comfacor EPS-CCF de Córdoba
CCF027	Comfamiliar Nariño EPS - CCF
EPSS33	Saludvida EPS S.A.
EPS022	Entidad Administradora del Régimen Subsidiado Convida
ESS133	Cooperativa de Salud Comunitaria -Comparta
EPSS03	Cafesalud
EPSS34	Capital Salud
ESS024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. Coosalud E.S.S.
CCF024	Caja de Compensación Familiar de Huila- Comfamiliar Huila
ESS207	Asociación -Mutual Ser- Empresa Solidaria de Salud ESS
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza ASMET Salud
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS
EPSS40	Savia Salud EPS
<b>Régimen especial</b>	
REUE04	Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena
RES006	Caja de Previsión Social Universidad Industrial de Santander
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
RES012	Unidad Administrativa Especial de Salud Universidad de Córdoba
EMPO23	Colsanitas
RES009	Universidad del Cauca
REUE05	Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño
RES014	Unisalud- UPTC Tunja
EMPO17	Colmédica Medicina Prepagada
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
RES007	Universidad del Valle
EMPO29	AXA Colpatria Medicina Prepagada



<b>Código de la entidad</b>	<b>Nombre de la entidad</b>
RES008	Universidad Nacional de Colombia - Unisalud
EMPO28	Coomeva EMP
<b>Régimen de excepción</b>	
RES002	Ecopetrol
RES001	Policía Nacional
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Magisterio
<b>No asegurado</b>	
5000	Dirección Departamental de Salud de Antioquia
11001	Secretaria de Salud de Bogotá
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca





## GLOSARIO

**ARTRITIS REUMATOIDE.** Es una enfermedad sistémica crónica, autoinmune e inflamatoria, que afecta principalmente las articulaciones, y que genera deformidades y discapacidad.

**ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO.** También conocidos como anticuerpos anticitrulina. Son autoanticuerpos que reconocen un aminoácido modificado enzimáticamente (citrulinado). Su presencia en el suero se ha documentado incluso antes del inicio de los síntomas clínicos de artritis reumatoide, por lo que es considerado como un predictor del riesgo de desarrollar artritis reumatoide. Es una prueba útil para el diagnóstico, y ha demostrado ser un factor independiente en la predicción de progresión radiográfica (erosiones articulares) en el paciente con artritis reumatoide (1).

**DAS28 (DISEASE ACTIVITY SCORE).** Índice para evaluar la actividad en artritis reumatoide. Consiste en el conteo de las articulaciones dolorosas e inflamadas (de 28 posibles), la VSG (velocidad de sedimentación globular) y la valoración global del paciente mediante una escala visual análoga (0 - 100) (1).

**FACTOR REUMATOIDE.** Anticuerpo dirigido contra la región Fc de la inmunoglobulina G, ampliamente usado como marcador diagnóstico y pronóstico de la artritis reumatoide. Es poco específico de la enfermedad y puede estar presente en adultos mayores sanos o en pacientes con otros desordenes autoinmunes o infecciosos (1).

**MIPRES.** Es una herramienta tecnológica que implementa el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC1 y servicios complementarios (2)

**SÍNDROME DE SJÖGREN.** Trastorno inflamatorio crónico de carácter autoinmune que se caracteriza por infiltración linfocítica de las glándulas lagrimales, salivales y de múltiples lugares extra glandulares como



pulmones, tiroides, riñón, páncreas o tracto hepatobiliar. Su patogenia incluye diversos factores genéticos, medioambientales y hormonales, y coexiste en un número amplio de personas con artritis reumatoide (3).

**VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR.** Es una prueba para evaluar la respuesta a estímulos inflamatorios en los seres humanos, la cual se eleva ante estos estímulos, por lo que se conoce como reactante de fase aguda a la inflamación. De forma aislada no tiene utilidad diagnóstica ni pronóstica en artritis reumatoide, pero en combinación con los anticuerpos anticitrulina y factor reumatoide aumenta la probabilidad de este diagnóstico en los pacientes que la tienen elevada (1).



## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad, crónica y autoinmune, que afecta alrededor de 54 millones de adultos en el mundo y suele presentarse en los años más productivos de la etapa adulta (de 20 a 40 años) (4). Esta condición, que genera una actividad inflamatoria en las articulaciones, produce a menudo dolor, hinchazón, deformidad, rigidez y disminución en el rango del movimiento (5,6) limitando no solo la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sino generando costos económicos para el sistema laboral y el sistema de salud de los países.

La prevalencia mundial de esta enfermedad varía entre 0,3% y 1,0%, siendo más común en las mujeres de los países desarrollados (4). Entre los adultos con AR, el 27% informa dolor intenso en las articulaciones, el 30% tienen dificultad para agacharse o arrodillarse, y al 20% le resulta muy difícil caminar; aumentando la probabilidad de sufrir una lesión relacionada con una caída. Por otro lado, como afecta a los adultos en edades productivas, se han evidenciado tasas de empleo más bajas en las personas con AR en comparación con quienes no padecen esta enfermedad (7), calculando que al menos el 50% de las personas con este diagnóstico, luego de 10 años con la condición no puede mantener un trabajo de tiempo completo (4).

Como parte del seguimiento a esta enfermedad de alto costo, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1393 del 2015, por medio de la cual obliga a las entidades de salud el reporte de la población con AR a la Cuenta de Alto Costo (CAC) (8). En el 2015 fueron reportados 65.657 pacientes con este diagnóstico, manteniendo una prevalencia de 0,21% en 2015 y 2016.

La CAC pone anualmente a disposición del país, los datos reportados en la cohorte de los pacientes con AR que han sido atendidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); poniendo en evidencia las características poblacionales de los adultos con esta enfermedad, mediante el análisis de las variables claves en el proceso de diagnóstico, atención, seguimiento y tratamiento. Igualmente, se describen los resultados de los indicadores de morbilidad y mortalidad, así como los indicadores de la gestión de riesgo que permiten evaluar la atención integral que reciben los pacientes con AR en Colombia.



La información aquí expuesta es producto del reporte de las entidades a la CAC, con un posterior proceso de auditoría y verificación de datos, que ha permitido obtener registros más completos y de mejor calidad. Sin embargo, es necesario continuar fortaleciendo los procesos para obtener datos más exactos que puedan fortalecer la toma de decisiones en salud.

El análisis de esta información permitirá, además, la mejora continua de los procesos de gestión de la enfermedad en cada una de las entidades que atienden a las personas con AR; de esta manera se alcanzarán mejores resultados en salud y por ende una mejor calidad de vida a quienes tienen esta enfermedad.



## ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y entidades obligadas a compensar (EOC) realizaron a la CAC durante el año 2017.

Su objeto es producir y difundir información y conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínica y administrativa, orientadas a la protección y promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo, con el propósito de contribuir a mejorar los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promover el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

Los autores declaran ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier interés compartido.

El contenido de este informe es producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de información en Colombia, garantizando que la información recolectada de fuentes de datos primarias se administra, conserva, custodia y mantiene en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki, Informe Belmont y Pautas CIOMS) y la normativa colombiana establecida (9) por la Resolución 8430 de 1993, por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y para este caso en particular, la protección de datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada mediante la Ley 1581 de 2012 y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 del 2013, que regula el manejo adecuado de datos sensibles.





## ASPECTOS METODOLÓGICOS

### Metodología de la recolección de los datos y el análisis estadístico para garantizar la calidad de la información

La Resolución 1393 del 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia estableció las características del reporte a la Cuenta de Alto Costo para el registro de los pacientes con AR, el cual es realizado por parte de las EAPB y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), con la información suministrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas. Los datos son parte de la bodega de información de la CAC, la cual se estructuró de acuerdo con el instructivo que se encuentra en la resolución correspondiente.

El grupo de las entidades que reportaron esta información está conformado por:

- 45 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y EOC
- 3 Secretarías departamentales y distritales de salud
- 14 Regímenes especiales y universidades
- 4 Régimen de excepción

Posterior a la auditoría y a la depuración de los datos, se obtuvo la información de 72.478 pacientes con diagnóstico de AR, distribuidos en las diferentes entidades territoriales del país.

### Periodo evaluado

Se tuvo en cuenta la población reportada con diagnóstico de AR entre el 1º de julio de 2016 y el 30 de junio de 2017. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico anterior al periodo evaluado, y aquellos con nuevo diagnóstico durante el periodo. Se reportó también la información de la población que falleció durante el periodo de observación.

### Población

De acuerdo con lo establecido por la resolución, la información de toda la población con AR (igual o mayor a 18 años) correspondió a los siguientes códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10): J990, M051, M052, M053, M058, M059, M060, M062, M063, M068, M069. No



se incluyeron pacientes con AR juvenil ni otras enfermedades músculo esqueléticas. La CAC aplicó un proceso de auditoría de historias clínicas para realizar la verificación de los datos, en el 100% de los 72.478 registros de los pacientes con diagnóstico de AR.

### Auditoría de la información

La auditoría de la información frente a los soportes clínicos es uno de los pilares en el curso de la gestión de la información a cargo de la CAC, y diferencia este registro administrativo de las demás fuentes. Su objetivo es verificar la autenticidad de los datos reportados y obtener resultados confiables a partir de la información disponible. Este proceso se realizó en dos grandes componentes: la verificación que hace el sistema de información, a través de una malla de validación, y la auditoría de la información contra historia clínica.

#### Malla de validación en sistemas de información

La malla de validación identificó, por cada variable, los errores presentados en el reporte. El objetivo de este paso de la auditoría fue retroalimentar a las entidades encargadas del reporte, sobre los posibles errores al momento de cargar la información en el sistema; teniendo en cuenta la estructura, la consistencia y la coherencia entre las variables.

#### Obtención de registros únicos, aclaración de pacientes coincidentes dentro de la misma entidad

La aclaración de pacientes coincidentes se realizó cuando se encontraron dos registros o más, de un mismo paciente, con diferencias en las variables seleccionadas. Por medio de los soportes de afiliación y prestación del servicio de estos pacientes, se comprobó la información que permitió identificarlos plenamente. En caso de tratarse de registros coincidentes por haber sido digitados varias veces, a la EPS o EOC le correspondió informar cuál de los registros se debía incluir y cuál eliminar.

#### Aclaración de pacientes compartidos entre diferentes entidades

Los registros compartidos son aquellos que tienen el mismo tipo y número de identificación, pero diferente EPS, EOC o régimen. Esto puede ocurrir por errores de diligenciamiento en la base de datos o porque el paciente no se encontraba afiliado a la entidad para el 30 de junio de 2017. La finalidad de esta verificación es impedir la existencia de pacientes duplicados en la base de datos.

#### Auditoría de campo

Se llevó a cabo un proceso de auditoría para todas las entidades que reportaron, en el cual se verificaron los datos reportados contra las historias



clínicas y los soportes requeridos para la confirmación del diagnóstico y tratamiento de cada caso.

El objetivo fundamental del proceso de auditoría fue constatar la existencia de las personas con diagnóstico de AR en el SGSSS, evaluando y detallando la calidad de la información en las EAPB, EOC y Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Para tal fin, se realizó la verificación de los soportes clínicos, promoviendo como objetivos subsecuentes la gestión del riesgo y el seguimiento de estas cohortes.

### Ajuste de los datos después de la auditoría

Durante el proceso de auditoría se identificaron los pacientes únicos; en aquellos casos en los que la información reportada difería de lo observado, el auditor pudo capturar la información real y corregir el dato. Una vez se obtuvo la información de la auditoría de campo y se realizaron los ajustes definitivos, se migraron los datos a una única bodega de datos, para realizar los análisis respectivos.

### Análisis epidemiológico

Para los análisis presentados se tuvieron en cuenta los pacientes vivos, afiliados, desafiados y muertos, realizando así un análisis descriptivo de la información, incluyendo las variables sociodemográficas y clínicas. Entre las variables sociodemográficas se describieron la edad, el sexo, el régimen de afiliación y la entidad territorial; y en las variables clínicas se describieron los aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, es decir la información más relevante que se reporta. Como medidas de morbimortalidad se calcularon la prevalencia, la incidencia y la mortalidad.

También se realizó un análisis de los indicadores para la gestión de riesgo en artritis establecidos por la CAC según el documento “Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con AR en Colombia” (10), comparando la línea de base y los resultados para el año 2017.

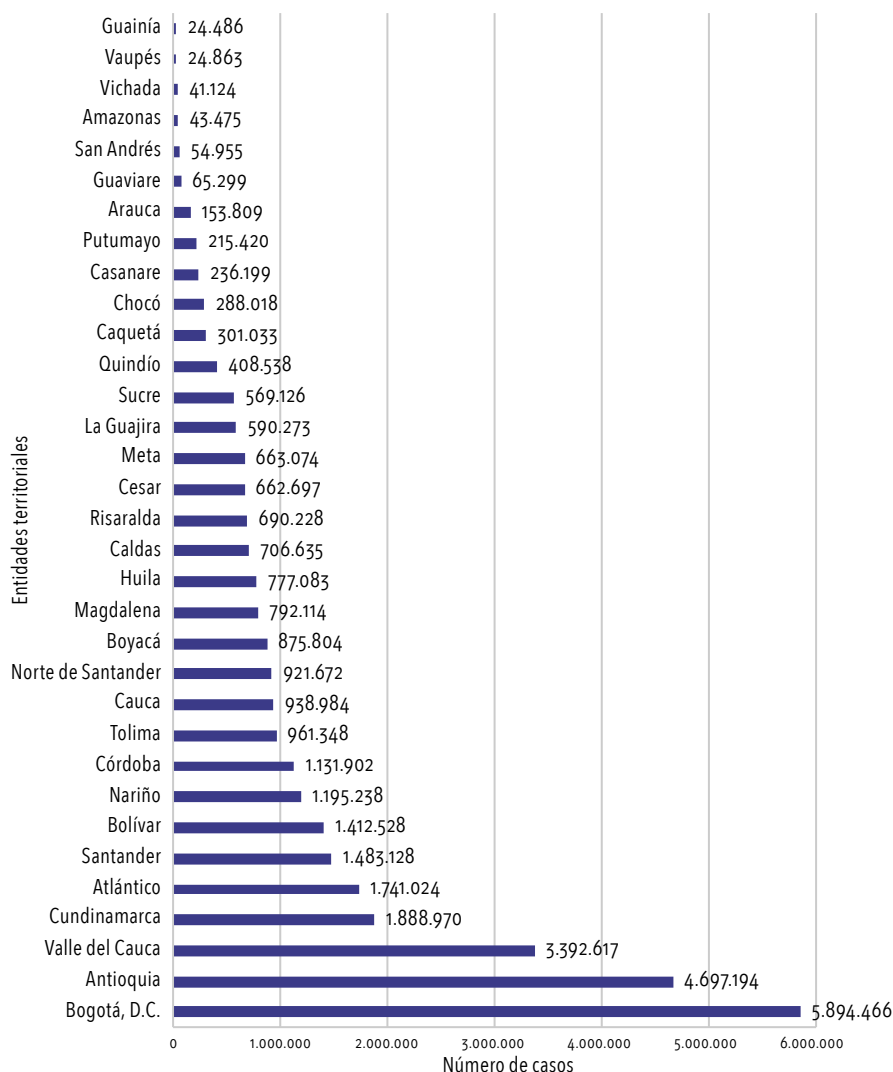
Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante medidas de tendencia central y dispersión; y las cualitativas mediante frecuencias y proporciones. Los indicadores de morbimortalidad se analizaron de manera cruda y ajustada por edad. Para el ajuste de los indicadores se utilizó el método directo, tomando como referencia la población adulta colombiana ( $\geq 18$  años) estimada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ( $n = 33.843.324$ ) (figura 1) según quinquenios, para el corte de 30 junio de 2017.

Para los análisis que tuvieron como denominador la población adulta afiliada ( $\geq 18$  años), se usó la información suministrada por la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 30 de junio de 2017 ( $n = 31.126.130$ ) (figura 2), en la cual, 16.438.853 afiliados pertenecían al régimen contributivo (52,8%) y 14.687.277 al régimen



subsidiado (47,2%). No se realizó el ajuste en los regímenes de excepción y especial, ni en las direcciones departamentales, dado que no se contó con el universo de esta población.

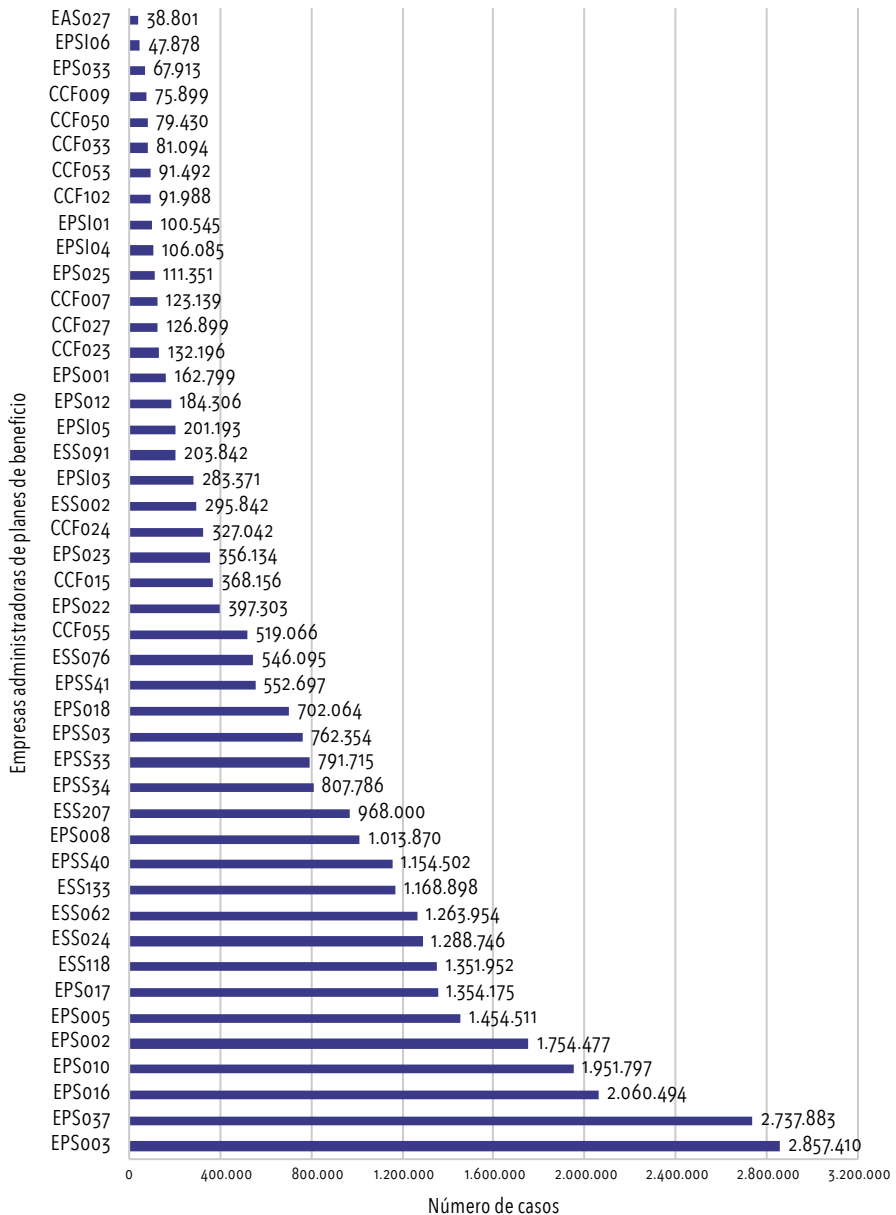
**Figura 1.** Población adulta, proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2017



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección a junio de 2017



Figura 2. Número de afiliados por EAPB, 2017



Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 30 de junio de 2017.



## Definiciones epidemiológicas

### Prevalencia

Los casos prevalentes para AR fueron considerados como las personas con diagnóstico de AR reportadas en el periodo a la Cuenta de Alto Costo.

### Incidencia

Se consideraron casos incidentes las personas reportadas a la Cuenta de Alto Costo que fueron diagnosticadas con AR entre el 1° de julio de 2016 y el 30 de junio de 2017.

### Mortalidad

Las muertes se establecieron con base en las novedades administrativas del reporte, por las glosas encontradas en la auditoría, y el cruce con la base de datos de mortalidad provenientes del Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud y Protección Social, es decir, los pacientes reportados con novedad administrativa de muerte y con fecha de fallecimiento anterior al 30 de junio de 2017. El cálculo de la tasa de mortalidad se ajustó por edad para cada departamento y EAPB.

## Generalidades metodológicas

Este segundo análisis de la situación de AR en Colombia, al igual que el anterior informe, se concentra en los resultados de la población con AR. La base de datos que resulta de este proceso de reporte y verificación de la información, se constituye como un registro administrativo y es fuente primaria para el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el cual genera nuevas salidas de información a través de la creación de indicadores y tableros de control que permiten el seguimiento a las cohortes de alto costo, haciendo posible la identificación de los resultados de morbilidad, mortalidad, calidad, acceso a los servicios y oportunidad de la atención; y que son insumos indispensables para la adecuada planeación de los servicios de salud.



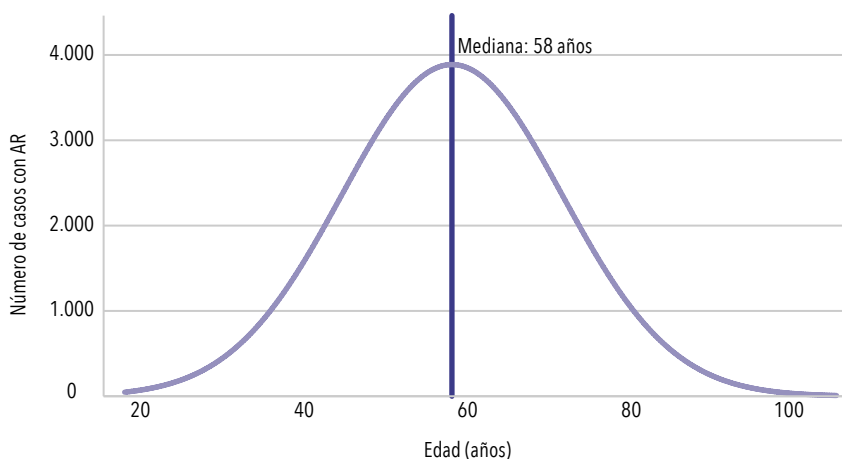
## 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE AR

Para el corte reportado se registraron 72.478 personas con AR, presentando un aumento del 5,8% comparado con el año anterior (n = 68.247).

### 1.1 Distribución por edad y sexo

La edad de los pacientes reportados osciló entre 18 y 105 años, con una edad media y mediana de 58,0 años y una desviación estándar (DE) de 13,4 años (figura 3).

Figura 3. Distribución de los pacientes con AR según la edad, 2017



Según el sexo, el 83,9% de los casos (n = 60.821) corresponden a las mujeres y el 16,1% (n = 11.657) ocurrieron entre los hombres (figura 4).

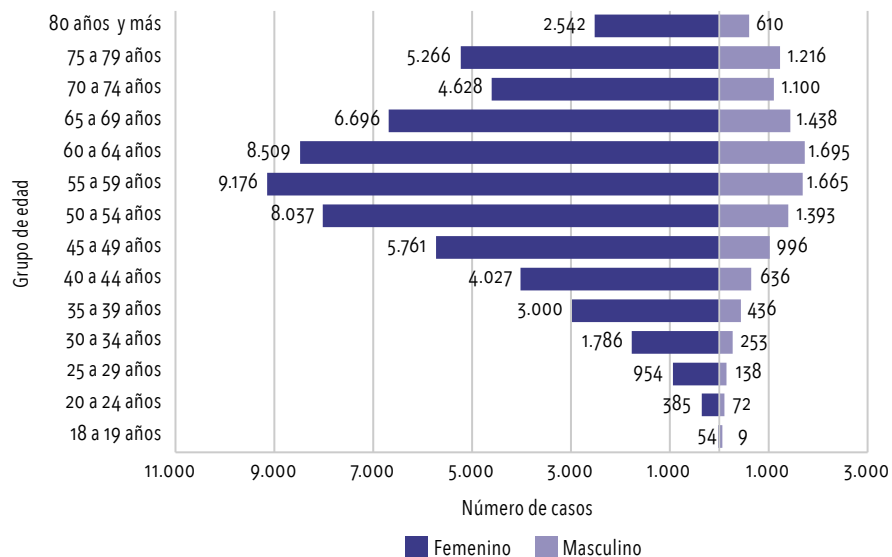
Figura 4. Razón hombre - mujer de las personas con AR, 2017





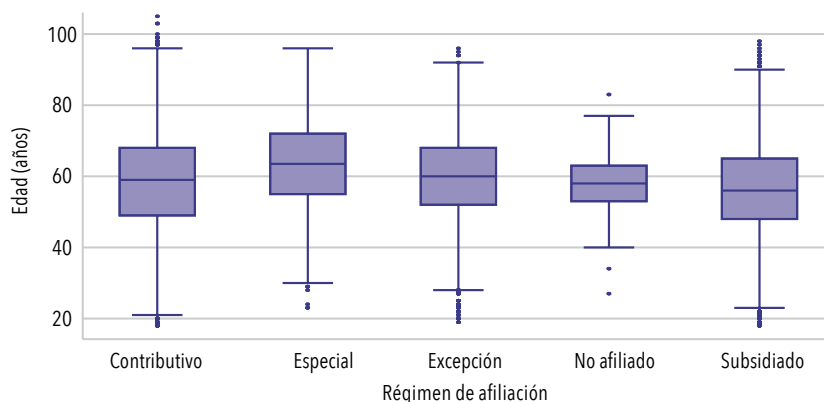
Los grupos de edad con mayor proporción de casos estuvieron entre los 50 y 69 años. En la figura 5 se muestra el número de casos por sexo y grupo de edad al momento del corte.

Figura 5. Pirámide poblacional de los casos con AR, 2017



Al analizar las cifras de AR según el régimen de afiliación, se observó una población de mayor edad en los regímenes especiales, en tanto la población más joven fue la del subsidiado (figura 6).

Figura 6. Distribución de la edad según el régimen de afiliación, 2017





## 1.2 Distribución por régimen de afiliación

La población con mayor reporte de pacientes con AR perteneció al régimen contributivo (75,2%), seguido por el régimen subsidiado (18,7%), de excepción (5,0%) y especial (1,0%). Se encontraron 29 personas no afiliadas.

## 1.3 Distribución por entidad

Las entidades con mayor proporción de casos fueron la EPS037 (11,4%), EPS016 (10,7%) y EPS010 (6,87%) del régimen contributivo; mientras que del régimen subsidiado fueron la EPSS40 (2,75%), ESS118 (2,09%) y ESS062 (2,08%). En la figura 7 se presenta el porcentaje de casos de AR por entidad. En la tabla 1 se dispone el número de casos de AR por entidad según el sexo.

**Tabla 1.** Número de casos de AR por entidad según el sexo, 2017

Entidad que reporta	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
CCF007	81	12	93
CCF009	91	8	99
CCF015	183	31	214
CCF023	23	2	25
CCF024	883	220	1.103
CCF027	203	51	254
CCF033	51	10	61
CCF050	61	10	71
CCF053	56	14	70
CCF055	165	32	197
CCF102	5	1	6
EAS016	45	11	56
EAS027	218	45	263
EMP017	23	6	29
EMP023	8	0	8
EMP028	271	40	311
EMP029	53	11	64
EPS001	620	142	762
EPS002	3.497	750	4.247
EPS003	10.775	2.200	12.975
EPS005	3.295	594	3.889
EPS008	2.707	576	3.283
EPS010	4.242	738	4.980
EPS012	720	132	852
EPS016	6.596	1.181	7.777
EPS017	2.548	494	3.042
EPS018	1.878	310	2.188

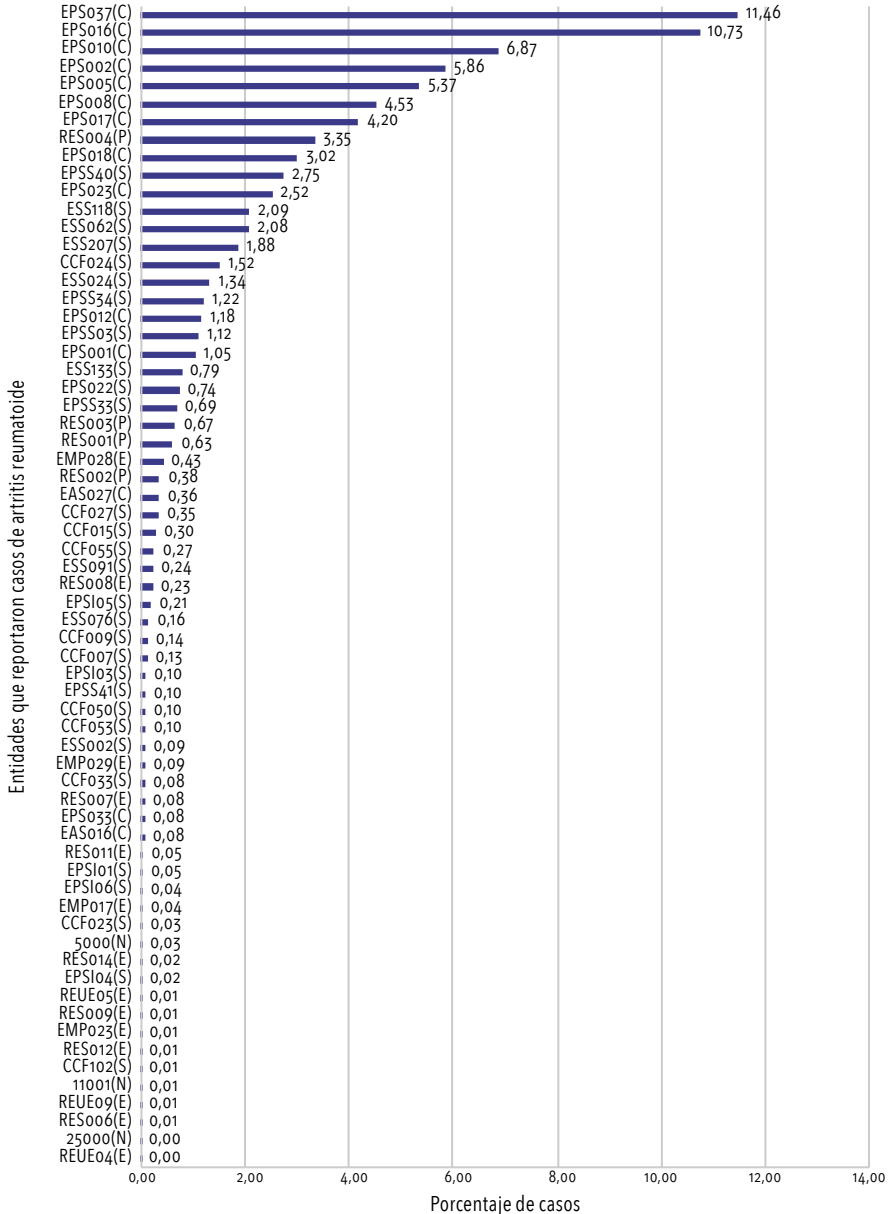


Tabla 1. Número de casos de AR por entidad según el sexo, 2017 (continuación)

Entidad que reporta	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
EPS022	430	108	538
EPS023	1.482	348	1.830
EPS033	46	10	56
EPS037	6.954	1.355	8.309
EPSI01	32	1	33
EPSI03	66	9	75
EPSI04	12	1	13
EPSI05	128	23	151
EPSI06	25	4	29
EPSS03	683	130	813
EPSS33	410	92	502
EPSS34	729	154	883
EPSS40	1.718	273	1.991
EPSS41	58	14	72
ESS002	59	7	66
ESS024	849	123	972
ESS062	1.245	264	1.509
ESS076	106	13	119
ESS091	139	32	171
ESS118	1.283	234	1.517
ESS133	485	86	571
ESS207	1.186	175	1.361
RES001	359	96	455
RES002	221	51	272
RES003	404	81	485
RES004	2.131	296	2.427
RES006	3	2	5
RES007	51	6	57
RES008	141	27	168
RES009	8	0	8
RES011	27	9	36
RES012	6	0	6
RES014	12	3	15
REUE04	0	1	1
REUE05	8	1	9
REUE09	5	0	5
5000	16	5	21
11001	5	1	6
25000	1	1	2
<b>Total</b>	<b>60.821</b>	<b>11.657</b>	<b>72.478</b>



Figura 7. Porcentaje de casos de AR reportados por entidad, 2017



C: contributivo; S: subsidiado; E: especial; N: no afiliado; P: Excepción



## 1.4 Distribución por entidad territorial

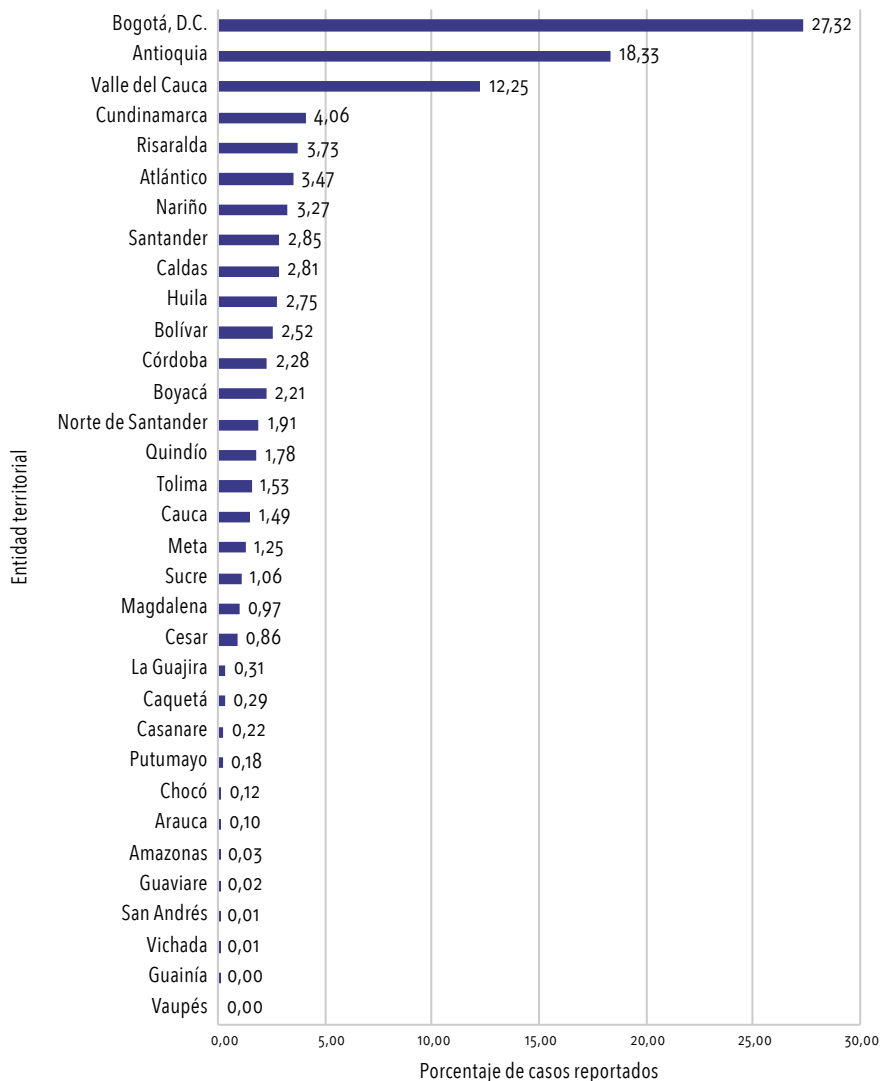
Las entidades territoriales con mayor número de casos reportados fueron Bogotá, D.C., Antioquia y Valle del Cauca (figura 8). En la tabla 2 se muestra el número de casos por entidad según el sexo.

**Tabla 2.** Número de casos de AR por entidad territorial según el sexo, 2017

Entidad territorial	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Amazonas	20	3	23
Antioquia	11.246	2.041	13.287
Arauca	56	19	75
Atlántico	2.193	319	2.512
Bogotá, D.C.	16.251	3.550	19.801
Bolívar	1.592	238	1.830
Boyacá	1.285	320	1.605
Caldas	1.660	377	2.037
Caquetá	172	38	210
Casanare	133	28	161
Cauca	909	169	1.078
Cesar	538	85	623
Chocó	77	11	88
Córdoba	1.422	229	1.651
Cundinamarca	2.338	603	2.941
Guainía	3	0	3
Guaviare	10	6	16
Huila	1.649	347	1.996
La Guajira	203	23	226
Magdalena	619	81	700
Meta	758	147	905
Nariño	1.930	437	2.367
Norte de Santander	1.147	239	1.386
Putumayo	106	25	131
Quindío	1.109	183	1.292
Risaralda	2.304	400	2.704
San Andrés	6	0	6
Santander	1.718	347	2.065
Sucre	640	126	766
Tolima	977	131	1.108
Valle del Cauca	7.747	1.134	8.881
Vaupés	0	0	0
Vichada	3	1	4
<b>Total</b>	<b>60.821</b>	<b>11.657</b>	<b>72.478</b>



Figura 8. Distribución de los casos de AR según la entidad territorial, 2017



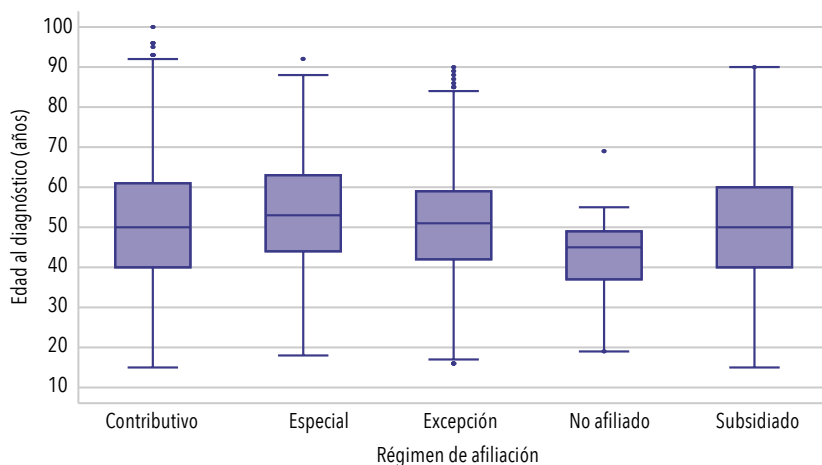
### 1.5 Edad al diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad

De los 72.478 casos con AR en el 73,7% (n = 53.398) se conocía la fecha de diagnóstico de la enfermedad, a partir de la cual se calculó la edad al diagnóstico. Se encontró que el promedio de edad fue de 50,2 años, siendo de 49,7 años para el sexo femenino y 52,8 años en el sexo masculino.



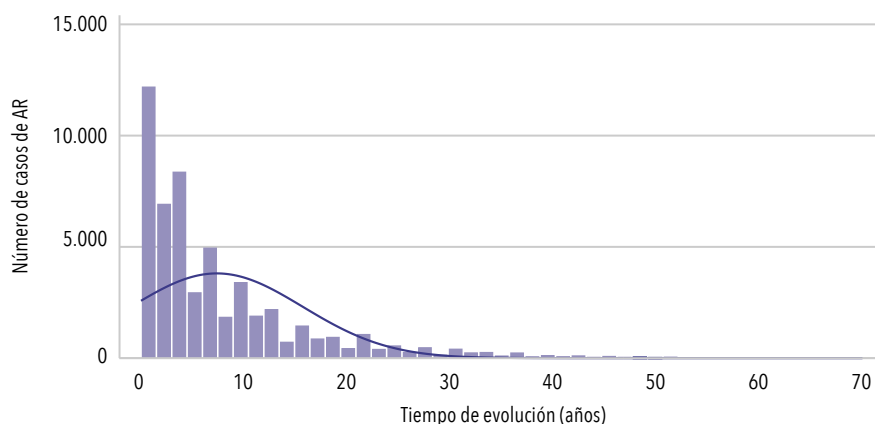
En la figura 9 se muestra la distribución de la edad al diagnóstico según el régimen de afiliación, evidenciando que la población no afiliada fue la más joven diagnosticada.

**Figura 9.** Distribución de la edad al diagnóstico según el régimen de afiliación, 2017



Al calcular el tiempo de evolución de la enfermedad (tiempo entre el diagnóstico y la fecha de corte) se observó que la mediana de esta medida fue de 4 años, la media de 7,3 años y una DE de 8,3 años. El 75% de los pacientes con AR llevaba menos de 10 años de evolución de la enfermedad. En la figura 10 se muestra la distribución de los casos reportados, según el tiempo de evolución.

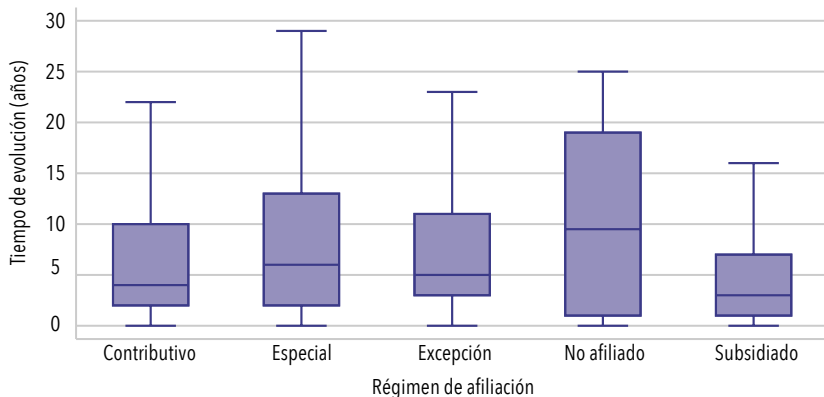
**Figura 10.** Distribución de casos de AR según el tiempo de evolución, 2017





El análisis según el régimen de afiliación, evidenció que los pacientes del régimen subsidiado tuvieron menor tiempo de evolución en comparación con los de otros regímenes, mientras que los pacientes no afiliados fueron los de mayor tiempo, como se puede observar en la figura 11.

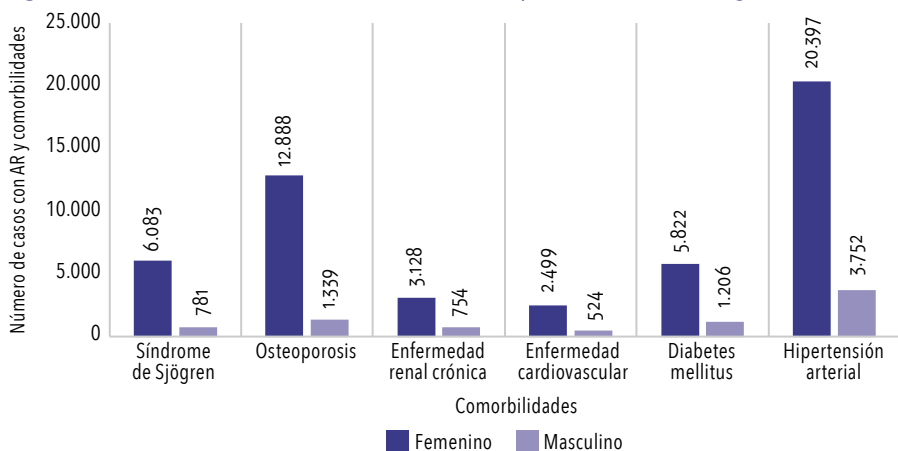
**Figura 11.** Distribución del tiempo de evolución según el régimen de afiliación, 2017



### 1.6 Comorbilidades en los pacientes con AR

En el 28% de los casos reportados no se dispuso de los datos correspondientes al antecedente de comorbilidades. A partir de los datos disponibles, se evidenció que las comorbilidades más frecuentes en las personas con AR fueron la hipertensión arterial y la osteoporosis. En la figura 12 se muestra el número de casos por sexo según la comorbilidad.

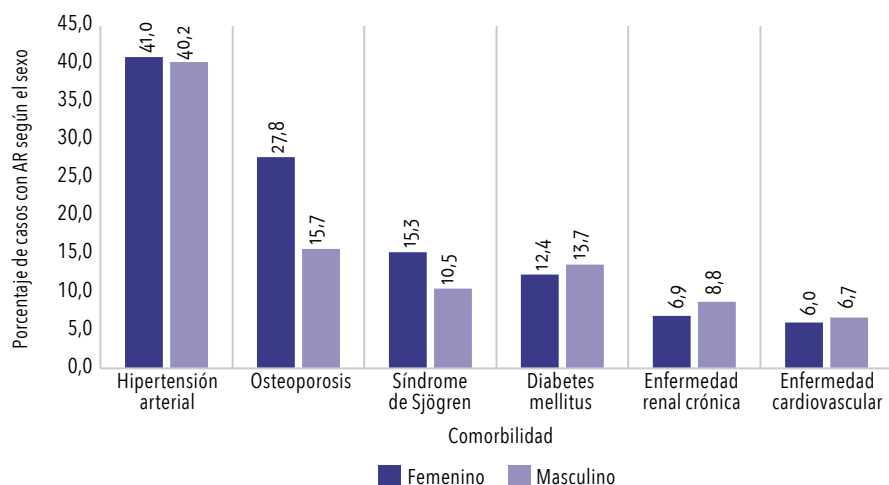
**Figura 12.** Distribución de comorbilidades en los pacientes con AR según el sexo, 2017





Al comparar la distribución de las comorbilidades por sexo, se observó en el femenino una mayor proporción de casos con hipertensión arterial, osteoporosis y síndrome de Sjögren, mientras que, en los pacientes del sexo masculino se evidenció mayor frecuencia de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular (figura 13).

**Figura 13.** Proporción de comorbilidades en los pacientes con AR según el sexo, 2017



Por otro lado, al calcular el índice de masa corporal actual (IMC) en la población prevalente con AR, se observó que la mediana para esta medida fue de 25,2, la media de 25,6 y la DE fue de 4,5. Solo el 37,9% (n = 27.481) de las personas con AR tenían un IMC normal. Sin embargo, en un 13,3% (n = 9.607) de los casos no se dispuso de información válida para incluir en el análisis. En la tabla 3 se muestran las categorías del IMC según el sexo.

**Tabla 3.** Índice de masa corporal en la población con AR según el sexo, 2017

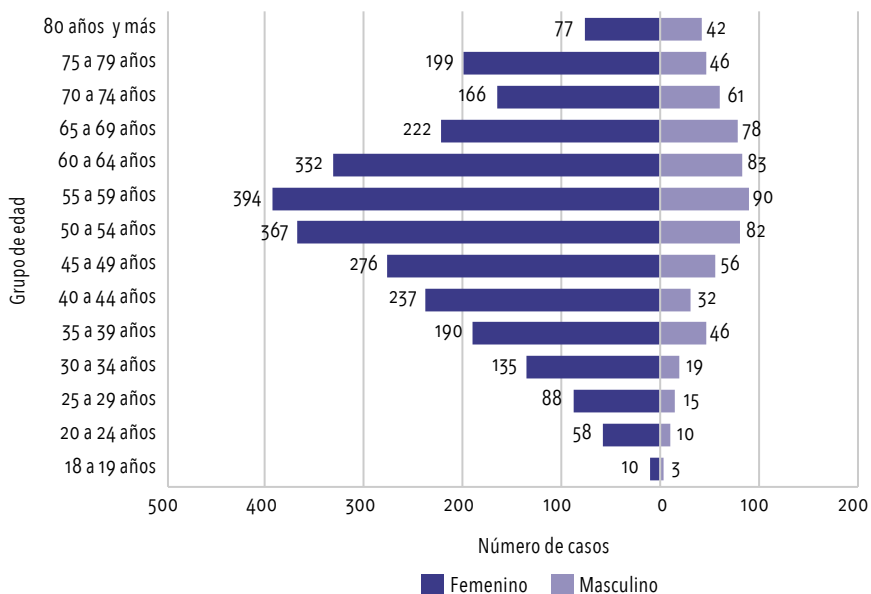
Índice de masa corporal	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Bajo Peso	2.024	3,3	333	2,9	2.357	3,3
Normal	22.878	37,6	4.603	39,5	27.481	37,9
Sobrepeso	19.227	31,6	3.874	33,2	23.101	31,9
Obesidad	8.729	14,4	1.203	10,3	9.932	13,7
Sin dato	7.963	13,1	1.644	14,1	9.607	13,3
<b>Total</b>	<b>60.821</b>	<b>100</b>	<b>11.657</b>	<b>100</b>	<b>72.478</b>	<b>100</b>



### 1.7 Características generales de los casos de AR incidentes

Para el corte se reportaron 3.414 casos incidentes de AR; de los cuales el 80,6% eran de sexo femenino (n = 2.751) y el 19,4% de sexo masculino (n = 663). El grupo de edad quinquenal con mayor reporte fue el de 55 a 59 años (figura 14).

Figura 14. Pirámide poblacional de los casos incidentes con AR, 2017

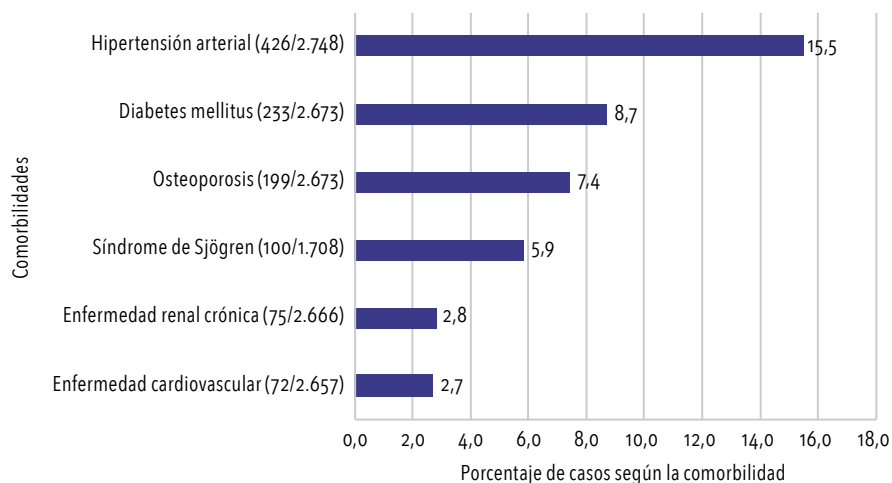


### 1.8 Comorbilidades en los casos incidentes de AR

De los casos incidentes (n = 3.414), aproximadamente en el 26% no se reportó información relacionada con la presencia o no de comorbilidades. En la figura 15 se muestra la frecuencia de otras condiciones concomitantes reportadas en los casos incidentes de AR. Al analizar estas enfermedades al momento del diagnóstico, se encontró que las de mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la osteoporosis.

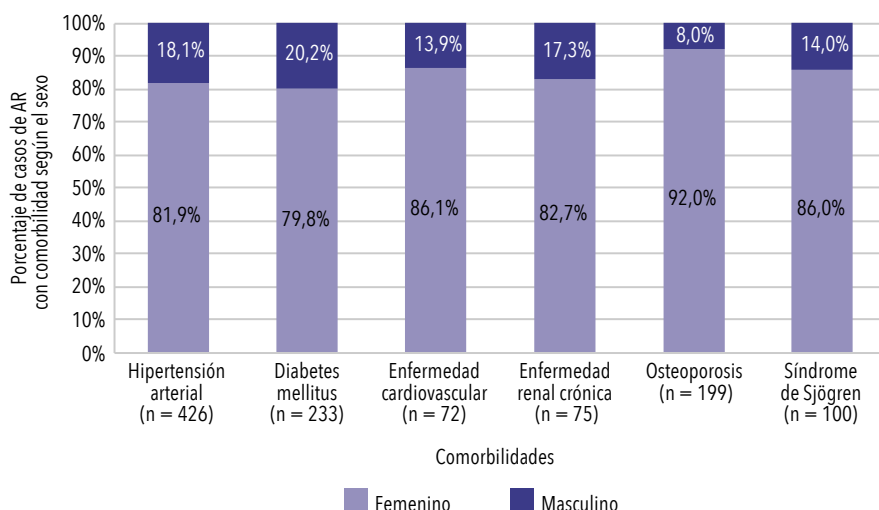


**Figura 15.** Porcentaje de pacientes con comorbilidades al momento del diagnóstico de AR, 2017



Según el sexo, las mujeres tuvieron más casos de enfermedad cardiovascular, mientras que los hombres reportaron más casos de diabetes mellitus. En la figura 16 se muestra la distribución por sexo para cada comorbilidad.

**Figura 16.** Distribución de las comorbilidades al diagnóstico de la AR según el sexo, 2017

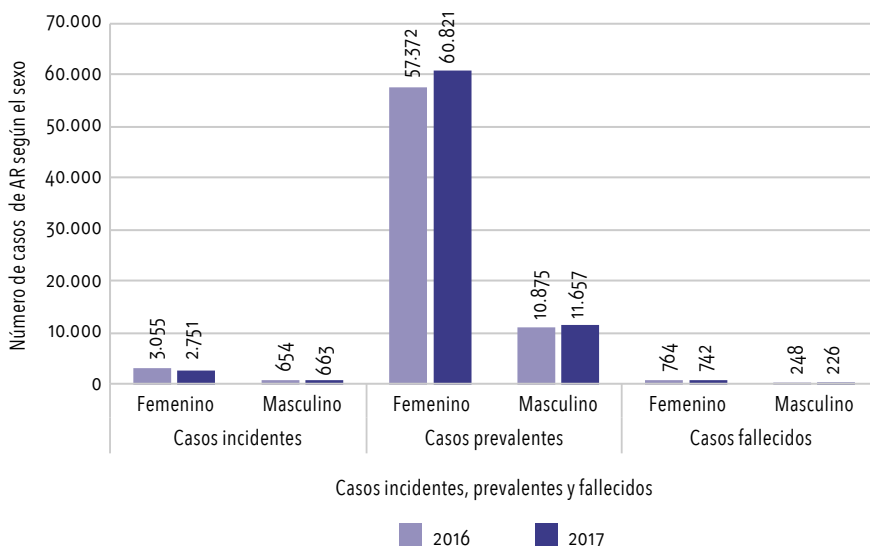




## 2. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LAS PERSONAS CON AR

En el año 2016 se reportaron 68.247 casos de AR, por lo que para el 2017 se evidenció un aumento de 4.243 pacientes. En la figura 17 se muestra el número de casos incidentes, prevalentes y fallecidos para el periodo 2016-2017 según el sexo.

**Figura 17.** Número de casos reportados como incidentes, prevalentes y fallecidos según el sexo, 2016-2017



Al analizar las medidas de morbilidad y mortalidad para estos periodos, se observó un aumento en la prevalencia nacional de 0,02% con respecto al año anterior, al igual que la mortalidad, que pasó de 2,82 a 2,86 por 100.000 habitantes. Sin embargo, la incidencia disminuyó un 0,26% con respecto al 2016. En la tabla 4 se presentan estas medidas de manera comparativa en la población nacional y la población afiliada al SGSSS. Es importante tener en cuenta que los cálculos para 2016 incluyeron población de 16 años, en tanto que para 2017 éstos se realizaron en mayores de 18 años.



**Tabla 4.** Medidas de morbilidad y mortalidad en AR, 2016–2017

Población	Incidencia (100.000 habitantes)		Prevalencia (100 habitantes)		Mortalidad (100.000 habitantes)	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Población afiliada al SGSSS	10,64	10,49	0,19	0,22	2,90	2,98
Población nacional	10,35	10,09	0,19	0,21	2,82	2,86

## 2.1 Prevalencia nacional de AR

La prevalencia nacional de AR fue de 0,21%, siendo las entidades territoriales de Risaralda (0,36%), Bogotá, D.C. (0,33%), Quindío (0,29%), Antioquia (0,28%), Huila (0,27%), Caldas (0,26%) y Valle del Cauca (0,25%), las de mayor prevalencia, comparadas con la cifra nacional (tabla 5, mapa 1).

Respecto al sexo, la prevalencia ajustada por edad fue de 0,34% para el femenino y 0,07% para el masculino.

**Tabla 5.** Prevalencia de la AR según la entidad territorial, 2017

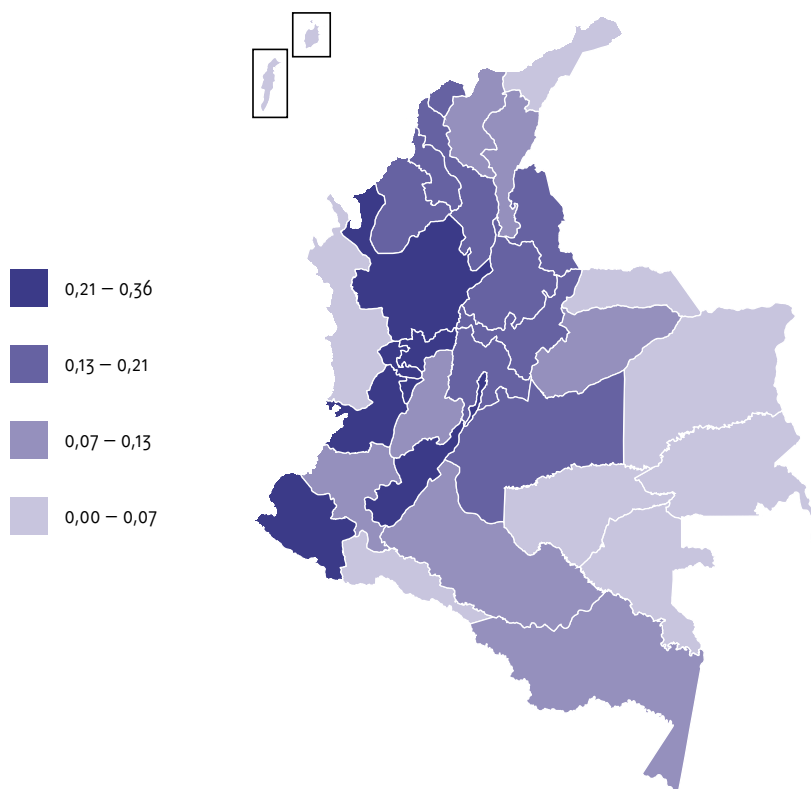
Entidad territorial	Casos reportados	Prevalencia ajustada (100 habitantes)	Prevalencia cruda (100 habitantes)
Amazonas	23	0,08	0,05
Antioquia	13.287	0,28	0,28
Arauca	75	0,05	0,05
Atlántico	2.512	0,15	0,14
Bogotá, D.C.	19.801	0,33	0,34
Bolívar	1.830	0,13	0,13
Boyacá	1.605	0,17	0,18
Caldas	2.037	0,26	0,29
Caquetá	210	0,08	0,07
Casanare	161	0,08	0,07
Cauca	1.078	0,12	0,11
Cesar	623	0,11	0,09
Chocó	88	0,04	0,03
Córdoba	1.651	0,16	0,15
Cundinamarca	2.941	0,16	0,16
Guainía	3	0,01	0,01
Guaviare	16	0,03	0,02
Huila	1.996	0,27	0,26
La Guajira	226	0,05	0,04
Magdalena	700	0,09	0,09
Meta	905	0,15	0,14
Nariño	2.367	0,21	0,20
Norte de Santander	1.386	0,16	0,15



**Tabla 5.** Prevalencia de la AR según la entidad territorial, 2017 (continuación)

Entidad territorial	Casos reportados	Prevalencia ajustada (100 habitantes)	Prevalencia cruda (100 habitantes)
Putumayo	131	0,07	0,06
Quindío	1.292	0,29	0,32
Risaralda	2.704	0,36	0,39
San Andrés	6	0,01	0,01
Santander	2.065	0,13	0,14
Sucre	766	0,14	0,13
Tolima	1.108	0,11	0,12
Valle del Cauca	8.881	0,25	0,26
Vaupés	0	0,00	0,00
Vichada	4	0,01	0,01
<b>Total</b>	<b>72.478</b>	<b>0,21</b>	<b>0,21</b>

**Mapa 1.** Prevalencia nacional de la AR (100 habitantes), 2017





## 2.2 Prevalencia de la AR en la población afiliada

Al analizar la prevalencia ajustada por la edad en la población afiliada, esta fue de 0,22%. Se evidenció que en el régimen contributivo esta medida fue mayor que en el subsidiado (0,34% versus 0,09%). En la tabla 6 se presenta la prevalencia para cada entidad de estos regímenes.

Tabla 6. Prevalencia de la AR según la entidad, 2017

Entidad*	Casos reportados	Prevalencia ajustada (100 afiliados)	Prevalencia cruda (100 afiliados)
CCF007	93	0,07	0,08
CCF009	99	0,12	0,13
CCF015	214	0,06	0,06
CCF023	25	0,02	0,02
CCF024	1.103	0,33	0,34
CCF027	254	0,21	0,20
CCF033	61	0,08	0,08
CCF050	71	0,09	0,09
CCF053	70	0,07	0,08
CCF055	197	0,04	0,04
CCF102	6	0,01	0,01
EAS016	56	0,31	0,62
EAS027	263	0,36	0,68
EPS001	762	0,40	0,47
EPS002	4.247	0,31	0,24
EPS003	12.975	0,52	0,45
EPS005	3.889	0,27	0,27
EPS008	3.283	0,35	0,32
EPS010	4.980	0,30	0,26
EPS012	852	0,46	0,46
EPS016	7.777	0,40	0,38
EPS017	3.042	0,27	0,22
EPS018	2.188	0,35	0,31
EPS022	538	0,12	0,14
EPS023	1.830	0,54	0,51
EPS025	0	0,00	0,00
EPS033	56	0,11	0,08



Tabla 6. Prevalencia de la AR según la entidad, 2017 (continuación)

Entidad*	Casos reportados	Prevalencia ajustada (100 afiliados)	Prevalencia cruda (100 afiliados)
EPS037	8.309	0,22	0,30
EPSI01	33	0,05	0,03
EPSI03	75	0,03	0,03
EPSI04	13	0,01	0,01
EPSI05	151	0,08	0,08
EPSI06	29	0,07	0,06
EPSS03	813	0,10	0,11
EPSS33	502	0,06	0,06
EPSS34	883	0,10	0,11
EPSS40	1.991	0,16	0,17
EPSS41	72	0,01	0,01
ESS002	66	0,02	0,02
ESS024	972	0,08	0,08
ESS062	1.509	0,12	0,12
ESS076	119	0,02	0,02
ESS091	171	0,08	0,08
ESS118	1.517	0,12	0,11
ESS133	571	0,05	0,05
ESS207	1.361	0,15	0,14
<b>Total</b>	<b>68.088</b>	<b>0,22</b>	<b>0,22</b>

\* Entidades de los regímenes contributivo y subsidiado

### 2.3 Incidencia nacional de la AR

Para el año 2017, la incidencia nacional ajustada por edad de la AR, fue de 10,09 casos por cada 100.000 habitantes. Según el sexo, la incidencia ajustada fue de 15,4 por 100.000 habitantes para el femenino y 4,21 para el masculino. Las entidades territoriales de Antioquia (20,52), Bogotá, D.C. (15,98) y Córdoba (14,64) presentaron mayor incidencia que lo calculado para el país. En la tabla 7 y el mapa 2 se muestra la incidencia por entidad territorial.

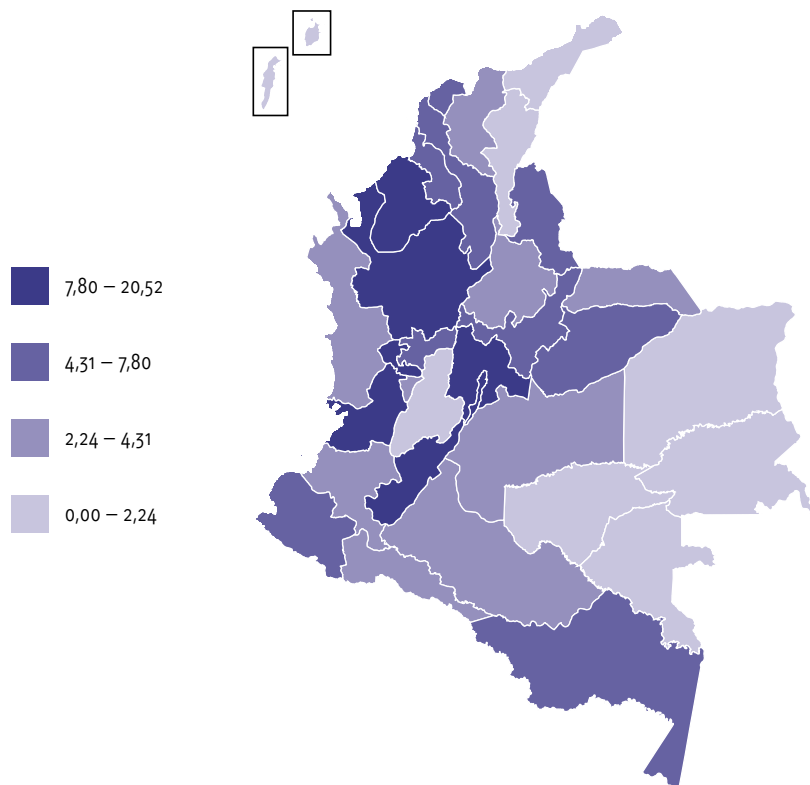


Tabla 7. Incidencia de la AR según la entidad territorial, 2017

Entidad territorial	Casos reportados	Incidencia ajustada (100.000 habitantes)	Incidencia cruda (100.000 habitantes)
Amazonas	1	4,35	2,30
Antioquia	985	20,52	20,97
Arauca	4	2,71	2,60
Atlántico	108	6,25	6,20
Bogotá, D.C.	963	15,98	16,34
Bolívar	96	7,05	6,80
Boyacá	71	7,73	8,11
Caldas	51	6,67	7,22
Caquetá	7	2,50	2,33
Casanare	9	4,95	3,81
Cauca	21	2,36	2,24
Cesar	11	1,78	1,66
Chocó	9	3,98	3,12
Córdoba	154	14,64	13,61
Cundinamarca	147	7,84	7,78
Guainía	0	0,00	0,00
Guaviare	0	0,00	0,00
Huila	66	8,91	8,49
La Guajira	7	1,43	1,19
Magdalena	27	3,59	3,41
Meta	25	4,03	3,77
Nariño	76	6,52	6,36
Norte de Santander	70	7,80	7,59
Putumayo	4	2,24	1,86
Quindío	14	3,32	3,43
Risaralda	69	9,45	10,00
San Andrés	0	0,00	0,00
Santander	65	4,28	4,38
Sucre	36	6,59	6,33
Tolima	17	1,68	1,77
Valle del Cauca	301	8,59	8,87
Vaupés	0	0,00	0,00
Vichada	0	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>3.414</b>	<b>10,09</b>	<b>10,09</b>



**Mapa 2.** Incidencia nacional de la AR (100.000 habitantes), 2017



## 2.4 Incidencia de la AR en la población afiliada

Al analizar la incidencia de la AR ajustada por la edad en la población afiliada, está fue de 10,49 por 100.000 afiliados. Se observó que en el régimen contributivo la incidencia fue mayor que en el subsidiado (14,58 versus 6,12). En la tabla 8 se muestra la incidencia para las entidades de estos regímenes.

**Tabla 8.** Incidencia de AR según entidad, 2017

Entidad*	Casos reportados	Incidencia ajustada (100.000 afiliados)	Incidencia cruda (100.000 afiliados)
CCF007	8	6,51	6,50
CCF009	3	4,29	3,95
CCF015	36	10,31	9,78
CCF023	0	0,00	0,00



Tabla 8. Incidencia de AR según entidad, 2017 (continuación)

Entidad*	Casos reportados	Incidencia ajustada (100.000 afiliados)	Incidencia cruda (100.000 afiliados)
CCFo24	35	10,93	10,70
CCFo27	15	12,48	11,82
CCFo33	7	9,15	8,63
CCFo50	14	16,98	17,63
CCFo53	0	0,00	0,00
CCFo55	3	0,64	0,58
CCF102	0	0,00	0,00
EASo16	11	58,93	122,41
EASo27	11	7,81	28,35
EPSo01	56	30,45	34,40
EPSo02	128	7,76	7,30
EPSo03	351	14,22	12,28
EPSo05	77	5,32	5,29
EPSo08	226	23,10	22,29
EPSo10	173	10,30	8,86
EPSo12	50	25,53	27,13
EPSo16	447	22,26	21,69
EPSo17	293	24,45	21,64
EPSo18	92	14,19	13,10
EPSo22	22	5,54	5,54
EPSo23	50	15,76	14,04
EPSo25	0	0,00	0,00
EPSo33	1	2,87	1,47
EPSo37	394	11,21	14,39
EPSIo1	3	4,63	2,98
EPSIo3	3	1,28	1,06
EPSIo4	0	0,00	0,00
EPSIo5	8	4,61	3,98
EPSIo6	1	1,87	2,09
EPSSo3	10	1,19	1,31



**Tabla 8.** Incidencia de AR según entidad, 2017 (continuación)

Entidad*	Casos reportados	Incidencia ajustada (100.000 afiliados)	Incidencia cruda (100.000 afiliados)
EPSS33	10	1,23	1,26
EPSS34	16	1,81	1,98
EPSS40	295	23,35	25,55
EPSS41	12	2,52	2,17
ESS002	0	0,00	0,00
ESS024	116	9,26	9,00
ESS062	35	2,84	2,77
ESS076	1	0,16	0,18
ESS091	0	0,00	0,00
ESS118	70	5,34	5,18
ESS133	38	3,34	3,25
ESS207	144	15,75	14,88
<b>Total</b>	<b>3.265</b>	<b>10,49</b>	<b>10,49</b>

\* Entidades de los regímenes contributivo y subsidiado

## 2.5 Mortalidad nacional en AR

Para el año 2017, la mortalidad nacional ajustada por edad en AR fue de 2,86 casos por 100.000 habitantes. La mortalidad ajustada por edad, según el sexo, fue de 4,26 por 100.000 habitantes para el sexo femenino y 1,37 para el masculino. Las entidades territoriales de Antioquia (4,40 por 100.000 habitantes), Bogotá, D.C. (4,55 por 100.000 habitantes) y Risaralda (4,35 por 100.000 habitantes) presentaron la mayor mortalidad (tabla 9). En el mapa 3 se observa la representación gráfica de la mortalidad por cada ente territorial.

**Tabla 9.** Mortalidad nacional de la AR, 2017

Entidad territorial	Casos reportados	Mortalidad ajustada (100.000 habitantes)	Mortalidad cruda (100.000 habitantes)
Amazonas	0	0,00	0,00
Antioquia	209	4,40	4,45
Arauca	1	0,78	0,65
Atlántico	21	1,27	1,21
Bogotá, D.C.	255	4,55	4,33

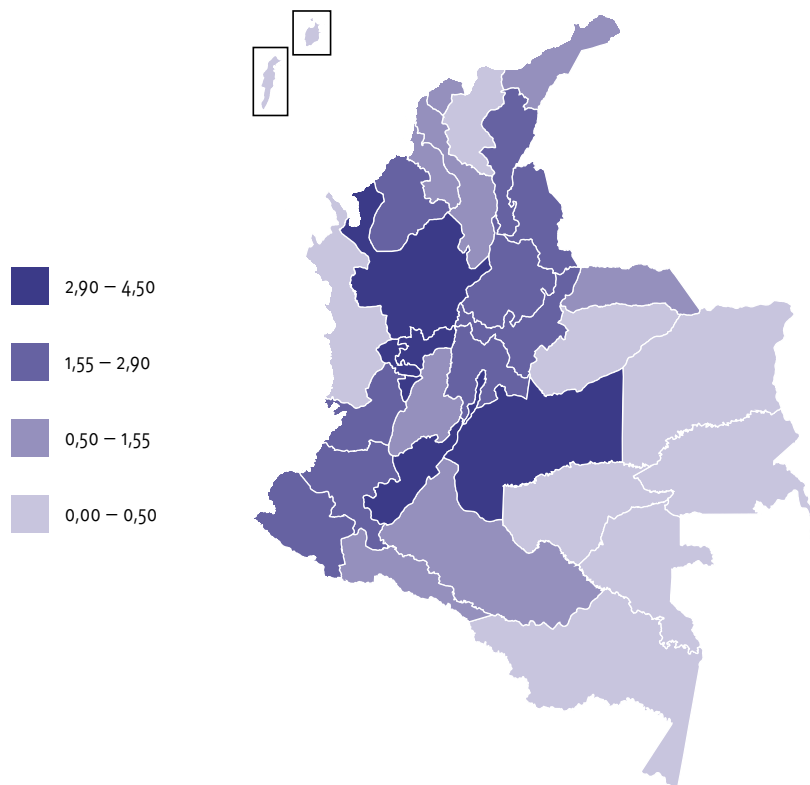


Tabla 9. Mortalidad nacional de la AR por 100.000 habitantes, 2017 (continuación)

Entidad territorial	Casos reportados	Mortalidad ajustada (100.000 habitantes)	Mortalidad cruda (100.000 habitantes)
Bolívar	21	1,53	1,49
Boyacá	18	1,71	2,06
Caldas	31	3,50	4,39
Caquetá	3	1,10	1,00
Casanare	1	0,52	0,42
Cauca	16	1,69	1,70
Cesar	9	1,64	1,36
Chocó	1	0,45	0,35
Córdoba	18	1,70	1,59
Cundinamarca	49	2,60	2,59
Guainía	0	0,00	0,00
Guaviare	0	0,00	0,00
Huila	29	3,99	3,73
La Guajira	5	1,12	0,85
Magdalena	3	0,40	0,38
Meta	21	3,71	3,17
Nariño	29	2,44	2,43
Norte de Santander	21	2,36	2,28
Putumayo	2	1,26	0,93
Quindío	17	3,62	4,16
Risaralda	35	4,35	5,07
San Andrés	0	0,00	0,00
Santander	29	1,80	1,96
Sucre	8	1,40	1,41
Tolima	12	1,09	1,25
Valle del Cauca	104	2,87	3,07
Vaupés	0	0,00	0,00
Vichada	0	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>968</b>	<b>2,86</b>	<b>2,86</b>



Mapa 3. Mortalidad nacional de la AR (100.000 habitantes), 2017



## 2.6 Mortalidad de la AR en la población afiliada

Al calcular la mortalidad ajustada por la edad en la población afiliada, ésta fue de 2,98 por 100.000 afiliados. Se evidenció que en el régimen contributivo la mortalidad fue mayor que en el subsidiado (4,38 versus 1,41 por 100.000 habitantes). En la tabla 10 se presenta la mortalidad para las entidades en estos regímenes.

Tabla 10. Mortalidad en AR según la entidad, 2017

Entidad*	Casos reportados	Mortalidad ajustada (100.000 afiliados)	Mortalidad cruda (100.000 afiliados)
CCF007	0	0,00	0,00
CCF009	0	0,00	0,00
CCF015	3	0,81	0,81
CCF023	2	1,51	1,51



Tabla 10. Mortalidad en AR según la entidad, 2017 (continuación)

Entidad*	Casos reportados	Mortalidad ajustada (100.000 afiliados)	Mortalidad cruda (100.000 afiliados)
CCF024	20	6,12	6,12
CCF027	7	5,52	5,52
CCF033	0	0,00	0,00
CCF050	2	2,52	2,52
CCF053	1	1,09	1,09
CCF055	4	0,77	0,77
CCF102	0	0,00	0,00
EASo16	0	0,00	0,00
EASo27	6	15,46	15,46
EPSo01	18	11,06	11,06
EPSo02	47	2,68	2,68
EPSo03	160	5,60	5,60
EPSo05	55	3,78	3,78
EPSo08	30	2,96	2,96
EPSo10	50	2,56	2,56
EPSo12	16	8,68	8,68
EPSo16	120	5,82	5,82
EPSo17	21	1,55	1,55
EPSo18	12	1,71	1,71
EPSo22	9	2,27	2,27
EPSo23	14	3,93	3,93
EPSo25	0	0,00	0,00
EPSo33	1	1,47	1,47
EPSo37	170	6,21	6,21
EPSIo1	0	0,00	0,00
EPSIo3	2	0,71	0,71
EPSIo4	1	0,94	0,94
EPSIo5	4	1,99	1,99
EPSIo6	0	0,00	0,00
EPSSo3	10	1,31	1,31
EPSS33	12	1,52	1,52
EPSS34	17	2,10	2,10
EPSS40	38	3,29	3,29



Tabla 10. Mortalidad en AR según la entidad, 2017 (continuación)

Entidad*	Casos reportados	Mortalidad ajustada (100.000 afiliados)	Mortalidad cruda (100.000 afiliados)
EPSS41	0	0,00	0,00
ESS002	0	0,00	0,00
ESS024	10	0,78	0,78
ESS062	28	2,22	2,22
ESS076	0	0,00	0,00
ESS091	2	0,98	0,98
ESS118	12	0,89	0,89
ESS133	4	0,34	0,34
ESS207	19	1,96	1,96
<b>Total</b>	<b>927</b>	<b>2,98</b>	<b>2,98</b>

\* Entidades de los regímenes contributivo y subsidiado



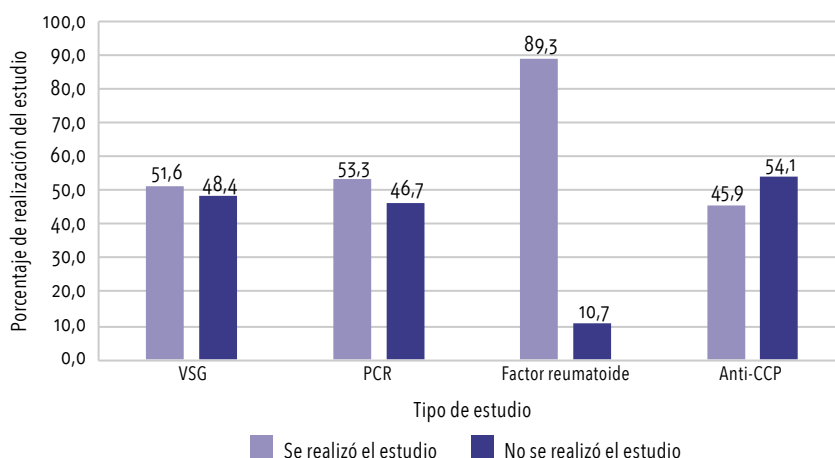


### 3. DIAGNÓSTICO DE LA AR

#### 3.1 Estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR

En los casos incidentes (n = 3.414) se analizaron los estudios de apoyo inicial para el diagnóstico de AR, observando un mayor uso del factor reumatoide (FR) (89,3%), seguido de la proteína C reactiva (PCR) (53,3%). En la figura 18 se muestra la proporción de casos en los que se realizaron cada una de las pruebas. Llama la atención la alta frecuencia de no realización de estos estudios o la falta de su reporte, pues 1.653 casos no tenían registro para la velocidad de sedimentación globular (VSG), 1.593 para PCR, 366 para FR y 1.848 para anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico (anti-CCP).

**Figura 18.** Distribución del uso de estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR, 2017



Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular

Al analizar los resultados para cada una de las pruebas realizadas, se encontró positividad en el 67,5% del FR y en el 55,3% del anti-CCP. En la tabla 11 se muestran los resultados de estos estudios en los casos incidentes.



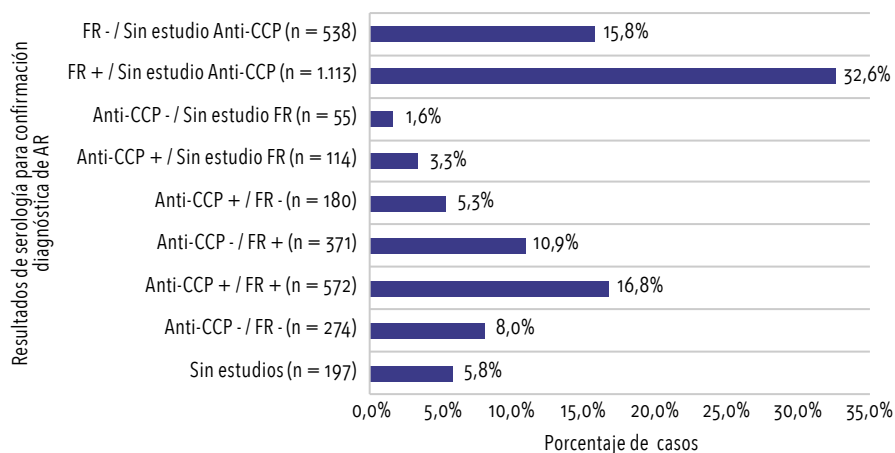
**Tabla 11.** Estudios realizados durante el diagnóstico de la AR, 2017

Estudio	Resultado	Casos	Porcentaje
VSG (mm/h)	Menor o igual a 20	795	45,1
	De 21 a 100	959	54,5
	De 101 a 299	7	0,4
	<b>Total</b>	<b>1.761</b>	<b>100,0</b>
PCR	No reactiva	713	39,2
	Reactiva	1.108	60,8
	<b>Total</b>	<b>1.821</b>	<b>100,0</b>
FR	Negativo	992	32,5
	Positivo	2.056	67,5
	<b>Total</b>	<b>3.048</b>	<b>100,0</b>
Anti-CCP	Negativo	700	44,7
	Positivo	866	55,3
	<b>Total</b>	<b>1.566</b>	<b>100,0</b>

Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular

Cuando se analizaron los resultados serológicos de las pruebas Anti-CCP y FR, se encontró que 197 casos no tenían ninguno de los dos laboratorios (5,8%) y el 16,8% (n = 572) mostró positividad en ambas pruebas. En la figura 19 se presentan los resultados de la combinación de Anti-CCP y FR.

**Figura 19.** Resultados de las pruebas en la confirmación diagnóstica de la AR, 2017

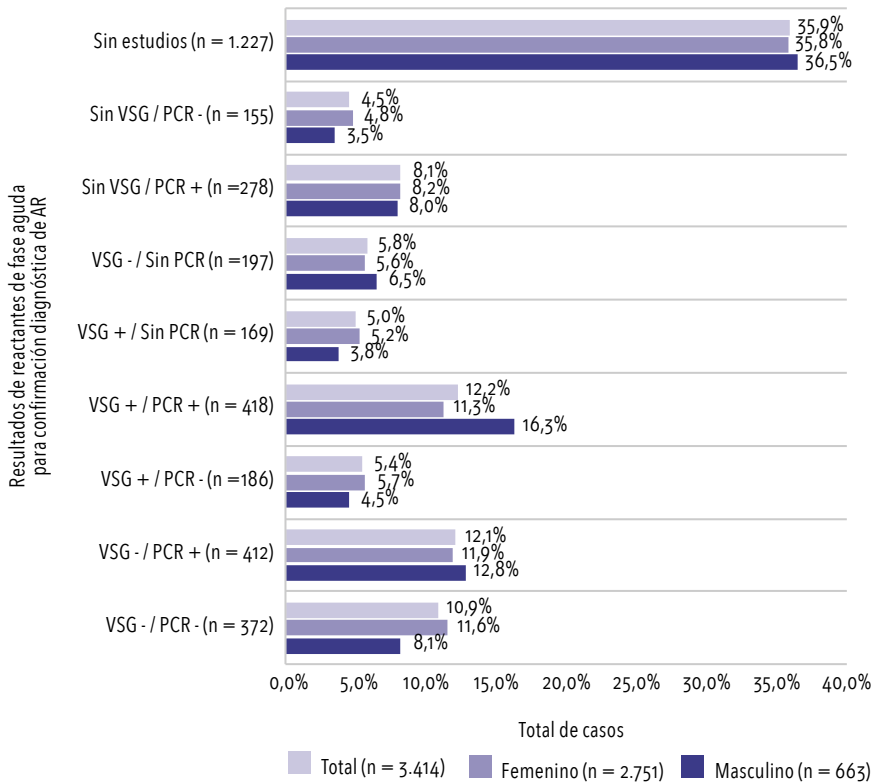


Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; anti-CCP +: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico positivo; anti-CCP -: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico negativo; FR: factor reumatoide; FR+: factor reumatoide positivo; FR-: factor reumatoide negativo



Al describir los resultados de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR), se encontró que el 35,9% de los pacientes (n = 1.227) no tenían resultado de ninguna de las dos pruebas. El 12,2% (n = 418) de los casos incidentes tuvo positividad en ambos estudios. En la figura 20 se presentan los hallazgos de la combinación de VSG y PCR en los pacientes incidentes, según el sexo.

Figura 20. Resultados de VSG y PCR para el diagnóstico de la AR, 2017



PCR: proteína C reactiva; PCR +: proteína C reactiva positiva; PCR -: proteína C reactiva negativa; VSG: velocidad de sedimentación globular; VSG +: velocidad de sedimentación globular positiva; VSG -: velocidad de sedimentación globular negativa

Valores de referencia para definir una VSG positiva: edad <50 años: mujeres: 0 a 20 mm/h y hombres: 0 a 15 mm/h / edad ≥ 50 años: mujeres: 0 a 30 mm/h y hombres: 0 a 20 mm/h

### 3.2 Hallazgos radiográficos al diagnóstico de la AR

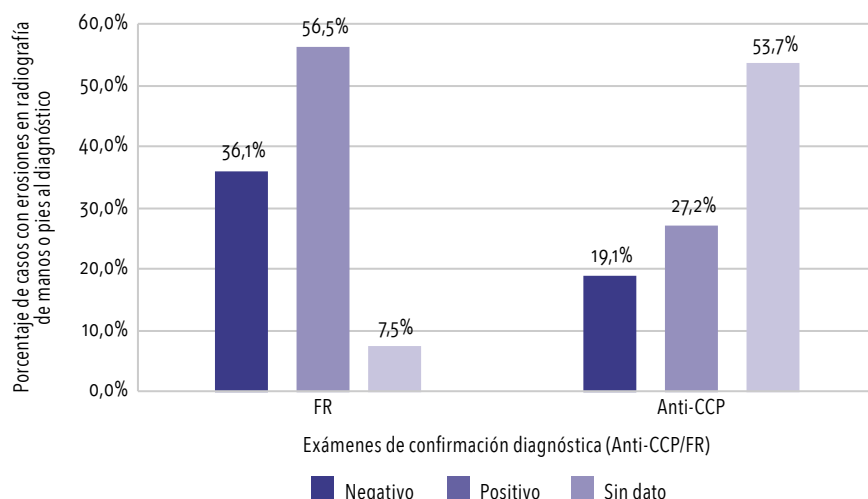
De los casos incidentes, no se realizó radiografía de manos en el 75,9% (n = 2.590) y en el 86,5% (n = 2.953) no se realizó radiografía de pies. Al 73,4% de los pacientes (n = 2.507) no se les realizó ninguna de las dos radiografías



que permiten establecer el pronóstico de la AR. De los casos que contaron con las radiografías (n = 907), el 16,2 % (n = 147) mostraron erosiones. Cuando se compararon los resultados negativos de anti-CCP o FR (n = 1.418) con la realización de estas radiografías, se evidenció que el 88,9% (n = 1.260) no tenían ninguno de los estudios radiográficos, el 9,0% (n = 128) no mostraron erosiones, mientras el 2,1% (n = 30) sí las tenían.

Por otro lado, de los pacientes que presentaron erosiones en cualquiera de las dos radiografías, el 36,1% tenían FR negativo y el 19,1% anti-CCP negativo. En la figura 21 se muestra el comportamiento de estos laboratorios en los pacientes con evidencia de erosiones en la evaluación radiográfica.

**Figura 21.** Distribución de los casos de AR con erosiones en las radiografías de manos o pies según el resultado del FR y anti-CCP, 2017



Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; FR: factor reumatoide

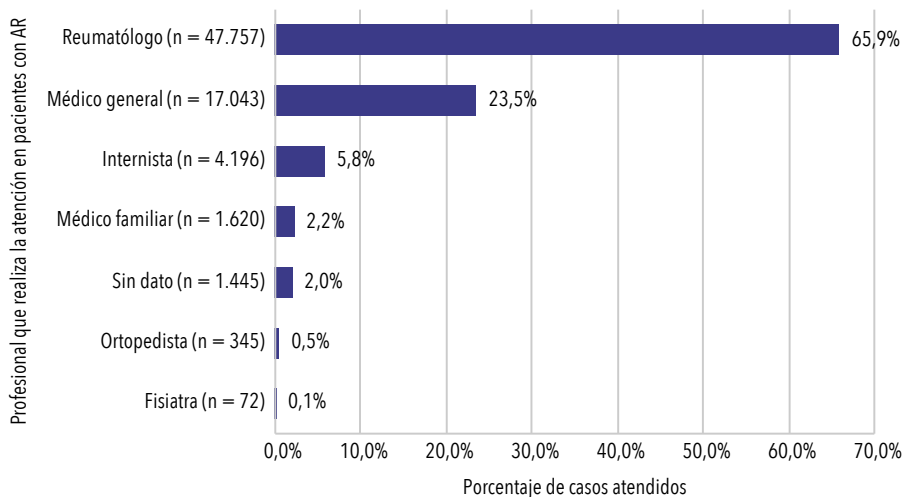


## 4. ATENCIÓN DE LA AR

### 4.1 Consulta con especialista

Del total de casos reportados ( $n = 72.478$ ), en el 98,0% ( $n = 71.033$ ) se informó el tipo de profesional que realizó la atención clínica para la AR. El análisis de esta variable evidenció que el médico reumatólogo fue el profesional que con mayor frecuencia realizó la atención de los pacientes (65,89%), seguido del médico general y del internista. En la figura 22 se describe el porcentaje de atención por cada tipo de profesional.

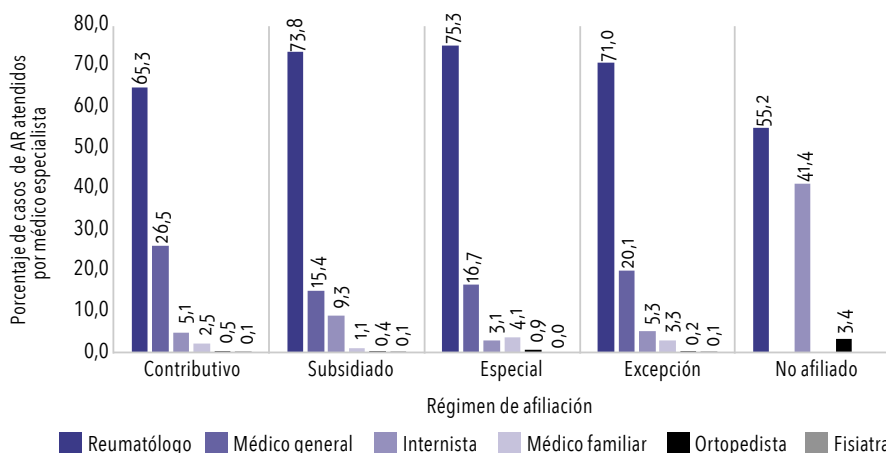
**Figura 22.** Porcentaje de atención en los pacientes con AR según el tipo de profesional de la salud, 2017



Al analizar los datos por régimen, se observa que en el especial hubo mayor proporción de atención por el reumatólogo. Al comparar los regímenes contributivo y subsidiado, en el contributivo se reportó menor proporción de la atención por este especialista. En la figura 23 se describe la proporción de atención por cada especialidad según el régimen.



**Figura 23.** Porcentaje de atención por tipo de profesional de la salud según el régimen de afiliación, 2017



Ahora bien, en los pacientes que recibieron atención por reumatólogo (n = 46.116) se calculó un promedio de tres consultas al año, en los que recibieron consulta por médico familiar (n = 6.969) de dos consultas y por médico internista (n = 5.547) de una consulta. No se registró información en el 2,7% de los casos reportados. En la figura 24 se describe el número de consultas para cada especialista y en la figura 25 se muestra la misma información de manera proporcional y agrupada por número de consultas.

**Figura 24.** Número de consultas por médico especialista en personas con AR, 2017

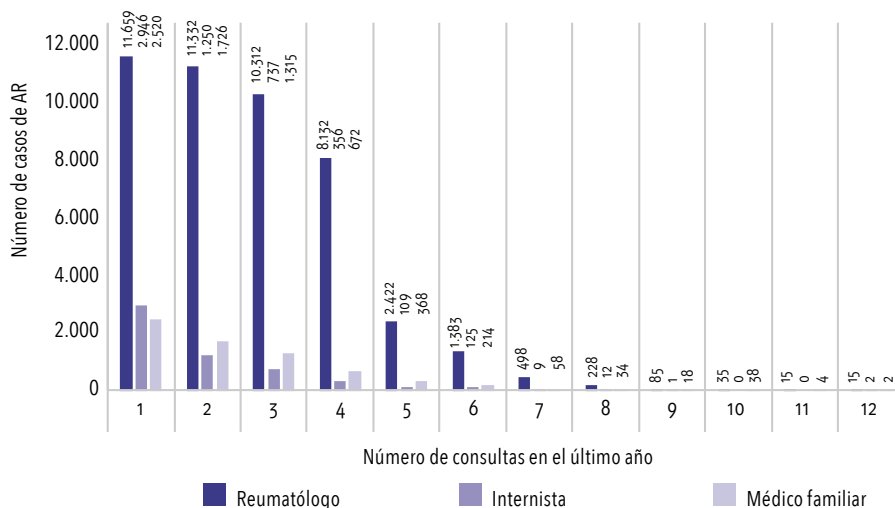
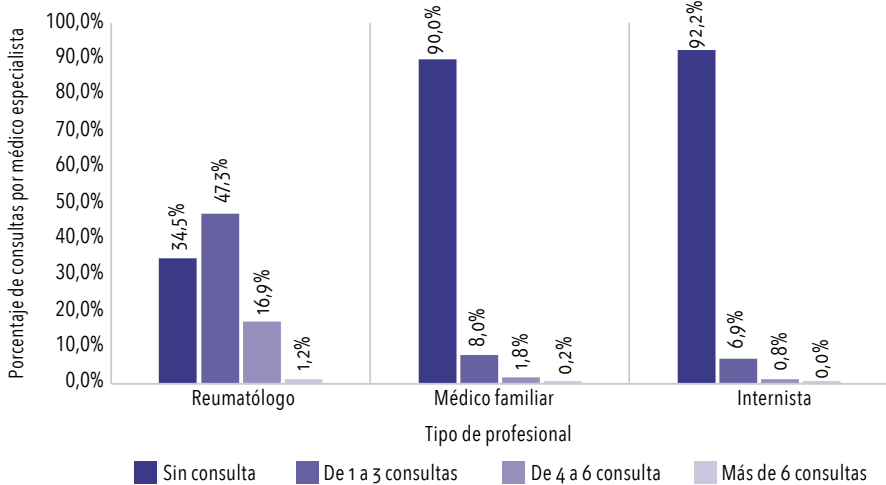




Figura 25. Porcentaje de consultas por médico especialista en personas con AR, 2017

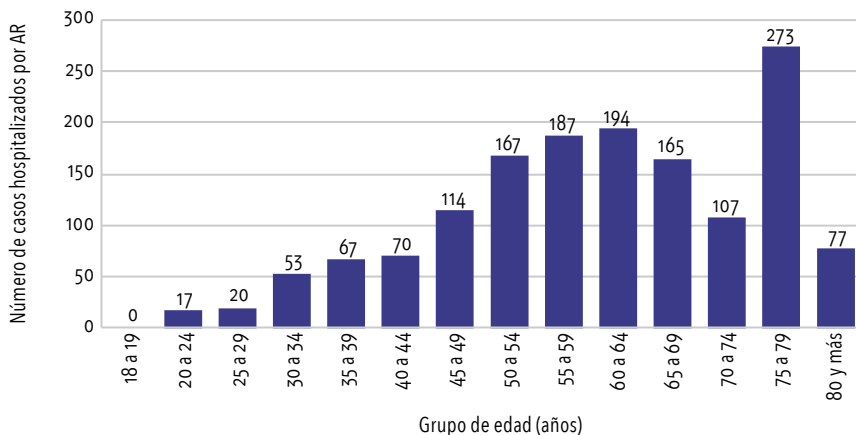


## 4.2 Atención por hospitalizaciones

Para el corte se registraron 1.511 pacientes con AR que requirieron hospitalización por esta enfermedad, es decir el 2,1% de los casos reportados. En el 1,5% no se registró información (1.070 / 72.478).

Según el sexo, el 2,5% de los hombres (284/11.491) requirió atención por hospitalización mientras que en las mujeres fue el 2,0% (1.227/59.917). Por grupo quinquenal de edad, la población de 75 a 79 años fue la que más requirió de hospitalizaciones por AR (figura 26).

Figura 26. Distribución de los pacientes hospitalizados según el grupo de edad, 2017





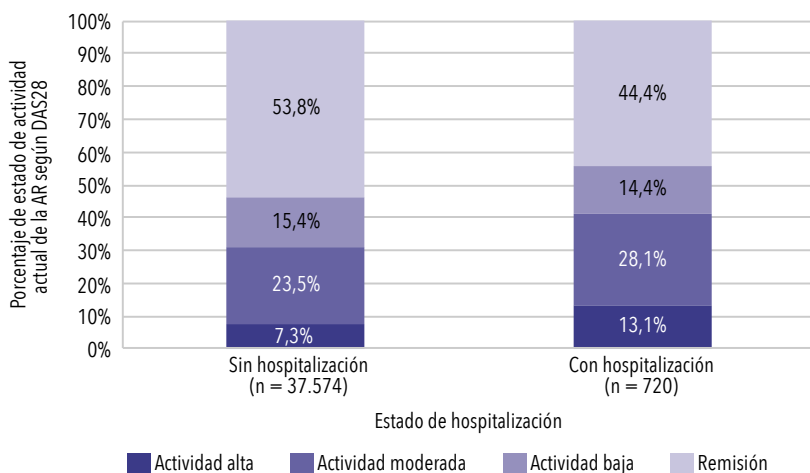
Los regímenes especiales y de excepción reportaron más casos de hospitalización por esta enfermedad. En la tabla 12 se muestra el número de casos para esta variable según el régimen de afiliación.

**Tabla 12.** Distribución de los casos de hospitalización por régimen de afiliación, 2017

Hospitalización	Contributivo	Especial	Excepción	No afiliado	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Con hospitalización	1.136 (2,1)	22 (3,0)	84 (2,3)	0 (0)	269 (2,0)	1.511 (2,1)
Sin hospitalización	52.475 (96,3)	691 (95,7)	3.543 (97,4)	28 (96,6)	13.160 (96,9)	69.897 (96,4)
Sin dato	898 (1,6)	9 (1,2)	12 (0,3)	1 (3,4)	150 (1,1)	1.070 (1,5)
<b>Total</b>	<b>54.509 (100)</b>	<b>722 (100)</b>	<b>3.639 (100)</b>	<b>29 (100)</b>	<b>13.579 (100)</b>	<b>72.478 (100)</b>

En los pacientes hospitalizados (n = 1.511), solo en el 48% se reportó información relacionada con el DAS28 (n = 720); de estos el mayor porcentaje se encontraba en remisión. En la figura 27 se compara el estado de actividad entre personas hospitalizadas y no hospitalizadas en las que se reportó información del DAS28. El estado de actividad fue agrupado de acuerdo al resultado del DAS28 así: remisión:  $\geq 0$  a  $< 2,6$ , actividad baja:  $\geq 2,6$  a  $< 3,2$ , actividad moderada:  $\geq 3,2$  a  $\leq 5,1$  y actividad alta:  $> 5,1$ .

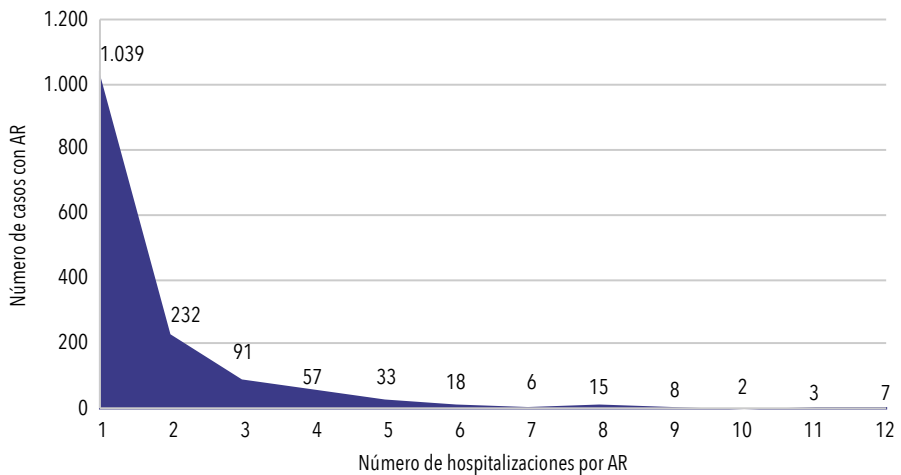
**Figura 27.** Distribución del estado de actividad (DAS28) de la AR según hospitalización, 2017





Los pacientes que estuvieron hospitalizados en el año requirieron en promedio 1,7 hospitalizaciones. Sin embargo, en el reporte no se obtiene el tipo de servicio requerido (unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios, hospitalización general). En la figura 28 se muestra la distribución de estos casos según la frecuencia de la hospitalización.

**Figura 28.** Distribución del número de hospitalizaciones en los pacientes con AR, 2017

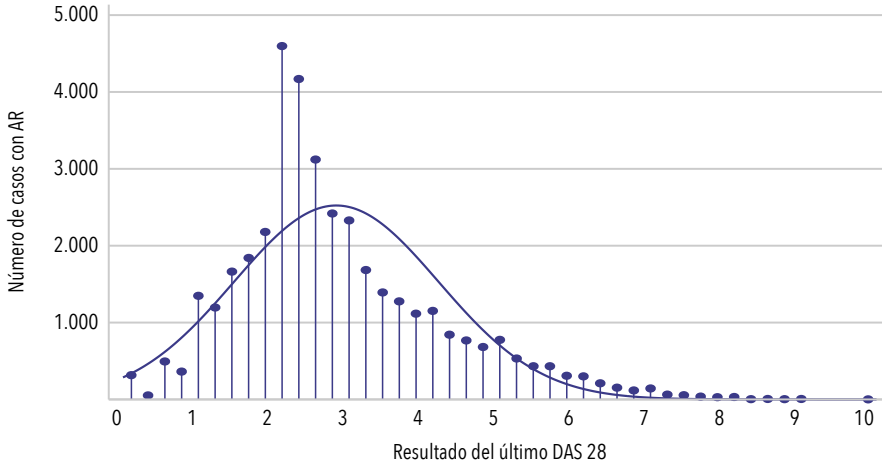


### 4.3 Estudio de pronóstico y seguimiento

De las 72.478 personas con AR, el 53,3% ( $n = 38.634$ ) tenían seguimiento por DAS28 con un resultado válido entre 0 y 10. La mediana fue de 2,52 y la media de 2,83, la DE fue de 1,35. En la figura 29 se muestra el número de casos según el resultado, evidenciando una ligera distribución hacia la derecha, es decir hacia los pacientes con enfermedad de alta actividad ( $> 5,1$  y  $\leq 10$ ).

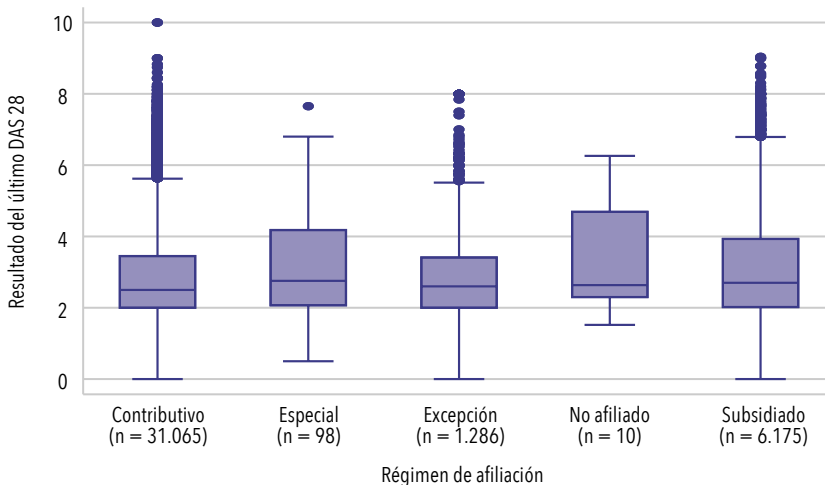


**Figura 29.** Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR, 2017



Al revisar los datos por el régimen de afiliación, se observó un peor estado en los no afiliados (figura 30).

**Figura 30.** Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR según el régimen de afiliación, 2017



Si se analizan los resultados de manera agrupada, evaluando el estado de actividad actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes y prevalentes, se observa una mayor proporción de casos en estado de remisión. Sin embargo, aproximadamente en el 47% de los casos no se reportó informa-



ción en esta variable. En la tabla 13 se muestra el estado de actividad de las personas con AR para ambos grupos.

**Tabla 13.** Estado de actividad actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes y prevalentes

Estado de actividad actual de la AR según el DAS 28	Casos incidentes		Casos prevalentes	
	n	%	n	%
Remisión ( $\geq 0$ a $< 2,6$ )	952	27,9	20.698	28,6
Actividad baja ( $\geq 2,6$ a $< 3,2$ )	275	8,1	5.930	8,2
Actividad moderada ( $\geq 3,2$ a $\leq 5,1$ )	619	18,1	9.118	12,6
Actividad alta ( $> 5,1$ )	254	7,4	2.888	4,0
Sin dato	1.314	38,5	33.844	46,7
<b>Total</b>	<b>3.414</b>	<b>100,0</b>	<b>72.478</b>	<b>100,0</b>

Al analizar el cambio del estado de actividad de la AR en los casos incidentes ( $n = 3.414$ ), se encontraron 1.857 pacientes con información del primer y del último DAS28 realizado, evidenciando un aumento en el porcentaje de las personas con AR en remisión. La diferencia entre las dos mediciones osciló entre -6,39 y 7,51 con una media de 0 (es decir, no se presentaron cambios en la medición), una mediana de 0,56 y una DE de 1,48. En la tabla 14 se muestra la comparación de los diferentes estados de actividad en las dos mediciones.

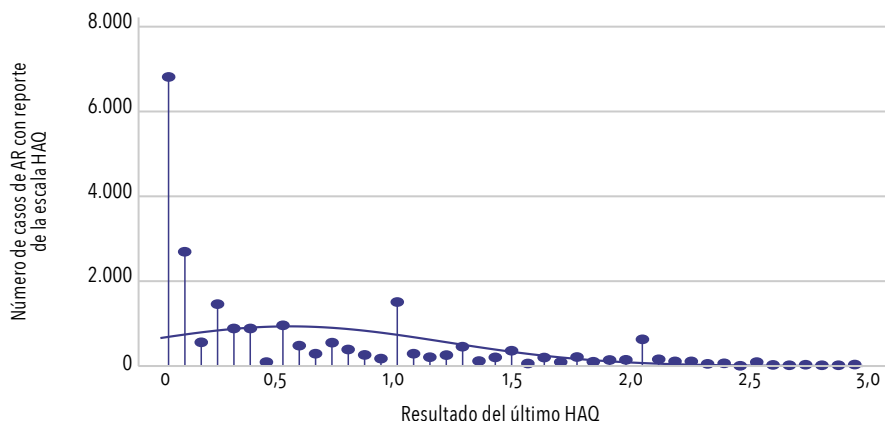
**Tabla 14.** Estado de actividad inicial y actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes de AR

Estado de la actividad de la enfermedad	DAS28 Inicial		DAS28 actual	
	n	%	n	%
Remisión	547	29,5	836	45,0
Actividad baja	216	11,6	249	13,4
Actividad moderada	702	37,8	543	29,2
Actividad alta	392	21,1	229	12,3
<b>Total</b>	<b>1.857</b>	<b>100,0</b>	<b>1.857</b>	<b>100,0</b>

En cuanto al último resultado del HAQ (Health Assessment Questionnaire), se observó la medición de este cuestionario en 22.420 pacientes, es decir el 30,9% de los casos con AR. Esta puntuación osciló entre 0 y 3, donde el cero significa que “el paciente es capaz de realizar la tarea sin ninguna dificultad” y tres que “el paciente es incapaz de realizar la tarea”. Se calculó una mediana de 0,56, una media de 0,25 y una DE de 0,65 para toda la población. El 75% presentó una funcionalidad aceptable, es decir menor o igual a 1 punto en la escala (1). En la figura 31 se muestra el número de casos según los valores que tomó la escala.

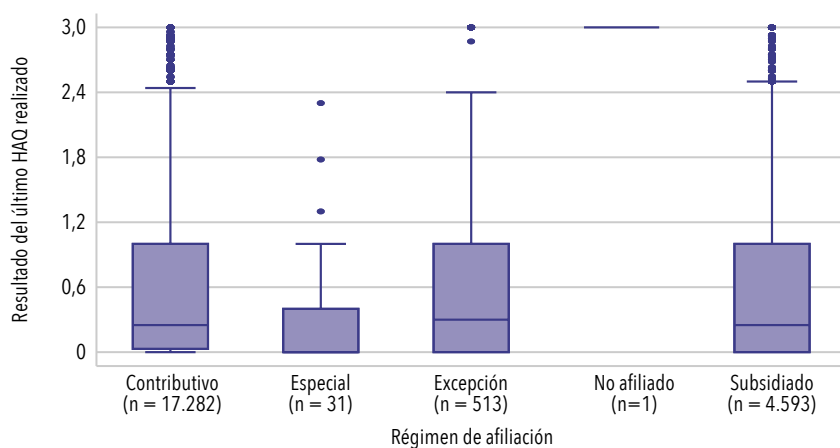


**Figura 31.** Distribución de los casos de AR según el resultado de la escala HAQ, 2017



Por régimen de afiliación, la media de esta medición para los regímenes contributivo y subsidiado fue de 0,25, en los regímenes especiales y de excepción fue de 0,3 y para los no afiliados de 3. En la figura 32 se muestra el comportamiento de esta medición en los diferentes regímenes.

**Figura 32.** Distribución del resultado del último HAQ según régimen de afiliación, 2017



Al comparar la valoración del HAQ inicial y actual en los casos incidentes ( $n = 3.414$ ), se encontró que solo el 35% ( $n = 1.220$ ) tenían el reporte de las dos mediciones; evidenciando una diferencia en las dos valoraciones que osciló entre -3,0 y 2,7, con una mediana de 0 (es decir, no hubo cambios en las mediciones) y una media de -0,03. La DE fue de 0,63. En la tabla 15 se muestran los estadísticos descriptivos para el resultado del HAQ inicial y el último.



**Tabla 15.** Estadísticos descriptivos de la medición inicial y final del HAQ en los casos incidentes de AR, 2017

Estadísticos descriptivos de la escala HAQ	HAQ inicial	Último HAQ
Percentil 25	0,03	0,09
Percentil 50	0,25	0,30
Percentil 75	1,00	0,98
Media	0,60	0,56
Desviación estándar	0,68	0,63

#### 4.4 Seguimiento de las pruebas de laboratorio y radiográficas

Durante el seguimiento de las pruebas de laboratorio a los casos con AR, se evidenció anormalidad en el valor de la alanina aminotransferasa (ALT) en el 8,0% de los casos, proteinuria en el 4,6% y PCR reactiva en el 24,1%. En cuanto al seguimiento radiográfico, se evidenciaron erosiones, en pies o manos, en el 3,1% y 4,1% de los casos, respectivamente. En la tabla 16 se muestra el número de casos y su proporción, de acuerdo con los resultados de cada prueba.

**Tabla 16.** Resultados de las pruebas de seguimiento a los pacientes con AR

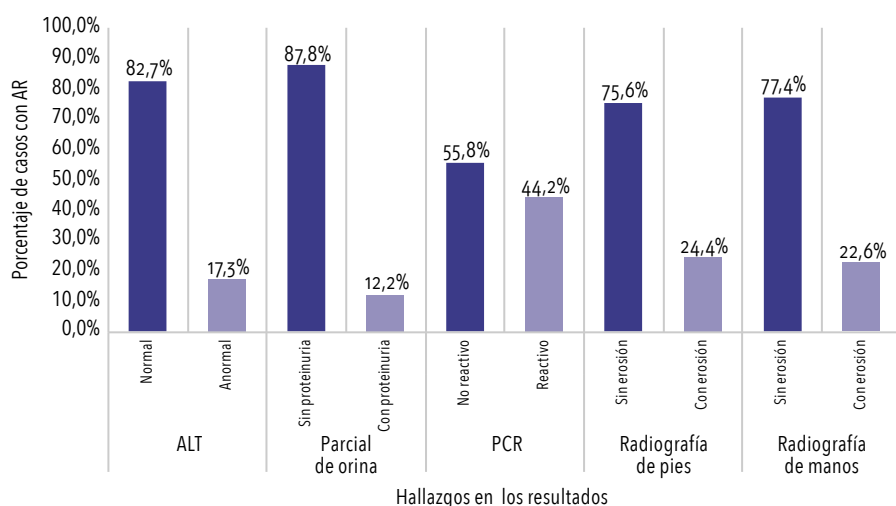
Pruebas de seguimiento	Resultados	Casos	%
ALT	Normal	27.794	38,3
	Anormal	5.806	8,0
	Sin dato	38.878	53,6
	<b>Total</b>	<b>72.478</b>	<b>100,0</b>
Parcial de orina	Sin proteinuria	23.841	32,9
	Con proteinuria	3.317	4,6
	Sin dato	45.320	62,5
	<b>Total</b>	<b>72.478</b>	<b>100,0</b>
PCR	Reactivo	17.500	24,1
	No reactivo	22.124	30,5
	Sin dato	32.854	45,3
	<b>Total</b>	<b>72.478</b>	<b>100,0</b>
Radiografía de manos	Sin erosión	7.637	10,5
	Con erosión	2.229	3,1
	Sin dato	62.612	86,4
	<b>Total</b>	<b>72.478</b>	<b>100,0</b>
Radiografía de pies	Sin erosión	9.292	12,8
	Con erosión	2.998	4,1
	Sin dato	60.188	83,0
	<b>Total</b>	<b>72.478</b>	<b>100,0</b>

ALT: alanina aminotransferasa; PCR: proteína C reactiva



En la figura 33 se presenta el porcentaje de pacientes según los resultados de cada prueba en los casos en que se reportó el dato.

**Figura 33.** Resultados de las pruebas de seguimiento a los pacientes con AR, 2017



ALT: alanina aminotransferasa; PCR: proteína C reactiva

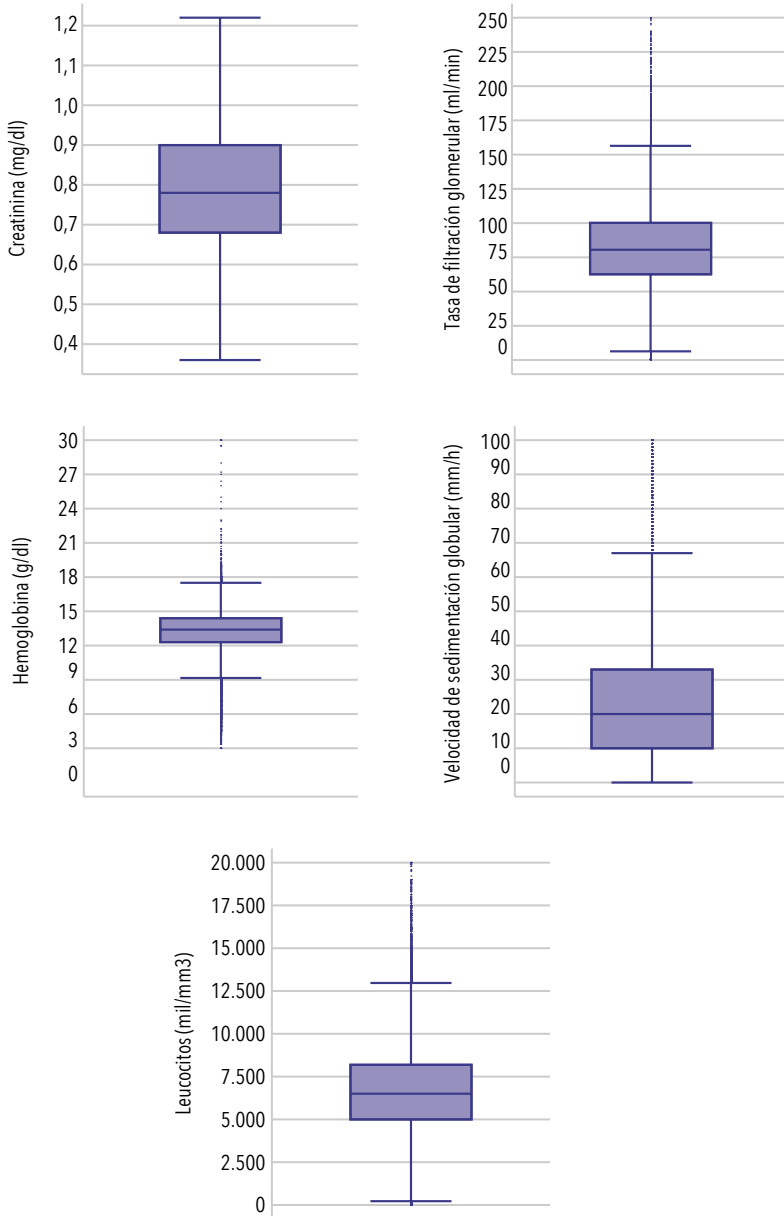
En cuanto a las pruebas de laboratorio con reporte cuantitativo del resultado, se evidenció la mediana de la creatinina en 0,78 mg/dL, encontrando que el 95% de los datos estaban por debajo de 1,15 mg/dL. La tasa de filtración glomerular (TFG) tuvo una mediana de 80,5 ml/min, la hemoglobina de 13,4 g/dL, la VSG de 20 mm/h y los leucocitos de 6.500 mil/mm<sup>3</sup>. En la tabla 17 se muestran los estadísticos descriptivos para cada prueba y en la figura 34 se muestra el comportamiento de los datos por percentiles.

**Tabla 17.** Resultados de las pruebas de seguimiento con reporte cuantitativo en los pacientes con AR

Prueba	Casos con datos validos	Valores de referencia		Estadísticos descriptivos		
		Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar
Creatinina (g/dL)	42.009	0	20	0,81	0,78	0,41
TFG (ml/min)	37.201	0	250	81,5	80,5	32,1
Hemoglobina (g/dL)	41.980	3	30	13,2	13,4	1,8
VSG (mm/h)	41.985	0	100	23,7	20	18,7
Leucocitos (mil/mm <sup>3</sup> )	41.012	0	20.000	6.487	6.500	2.901



**Figura 34.** Resultados de las pruebas de seguimiento con reporte cuantitativo en los pacientes con AR, 2017



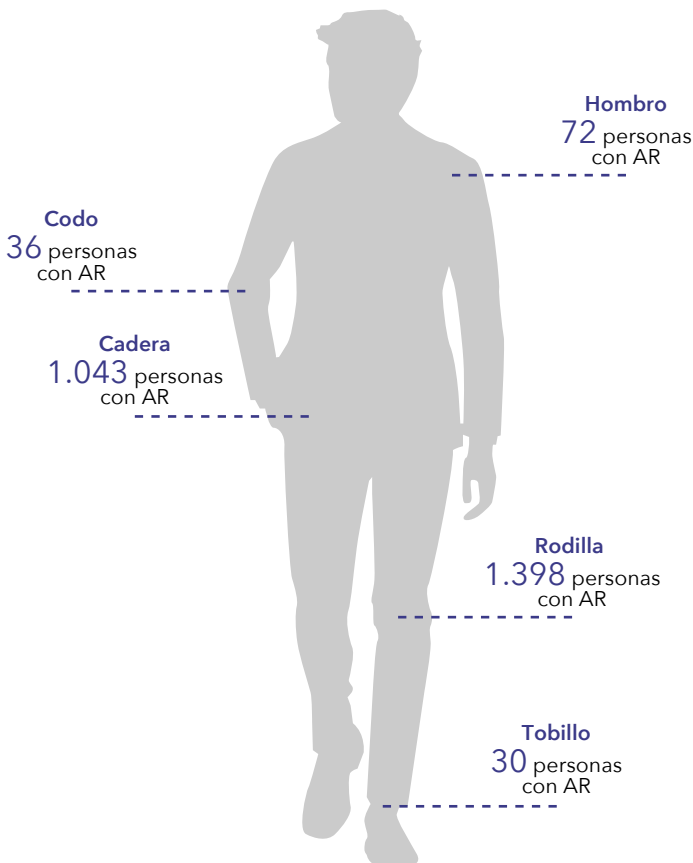


#### 4.5 Reemplazo articular

De los 72.478 casos con AR, se dispuso de información válida en 72.436 relacionada con el reemplazo articular, encontrando que de estos, 2.193 tuvieron algún reemplazo después del diagnóstico de AR, es decir el 3,0%. La rodilla (63,7%) y la cadera (47,6%) fueron las articulaciones con mayor frecuencia de reemplazo; seguidas del hombro (3,3%), del codo (1,6%) y del tobillo (1,4%) (figura 35).

Según el número de reemplazos articulares, el 83,3% (n = 1.826) tuvieron reemplazo de un tipo de articulación, el 15,9% de 2 tipos de articulaciones (n = 348) y el 0,9% (n = 19) de 3 tipos articulaciones.

**Figura 35.** Número de personas con AR que requirieron reemplazo articular según el tipo de articulación, 2017





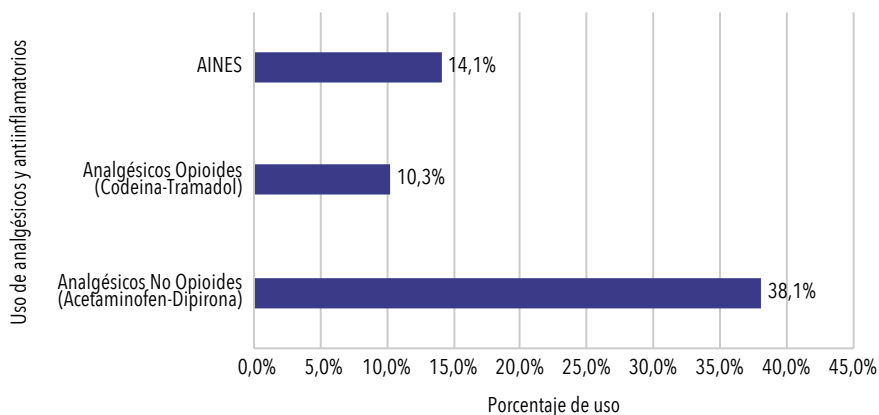
## 5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El manejo de la AR busca controlar la inflamación de las articulaciones, disminuir el dolor, mejorar la independencia y la funcionalidad del paciente, prevenir el daño articular y evitar otras complicaciones (1), generando una mejor calidad de vida para el paciente y sus cuidadores. Para lograr lo anterior, es necesario el uso de diferentes medicamentos entre los que están: analgésicos, antiinflamatorios, glucocorticoides y los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs). A continuación se describe el comportamiento en el uso de estos tipos de medicamentos.

### 5.1 Uso de medicamentos analgésicos y antiinflamatorios

Se reportó el uso de analgésicos opioides, no opioides y antiinflamatorios no esteroides (AINES) en el 62,5% (n = 45.288) de la población con AR. Los de mayor uso fueron los analgésicos no opioides como el acetaminofén o la dipirona, seguidos de los AINES y los opioides como la codeína o el tramadol. En comparación con el año anterior se evidenció un aumento en el uso de estos del 10%. En la figura 36 se muestra el porcentaje de uso reportado de estos medicamentos.

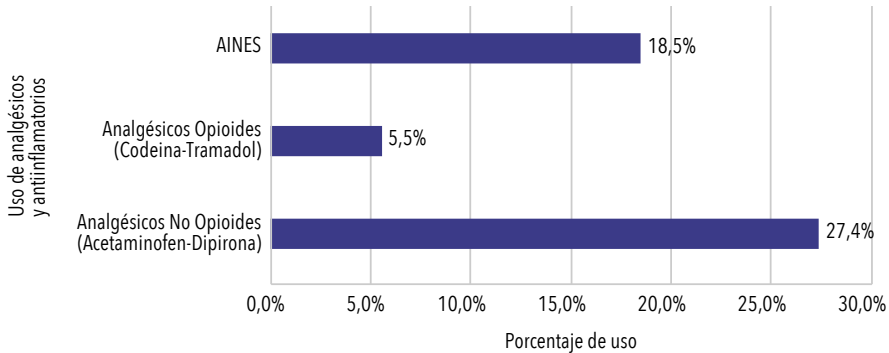
**Figura 36.** Porcentaje de uso de analgésicos y antiinflamatorios en casos prevalentes de AR, 2017





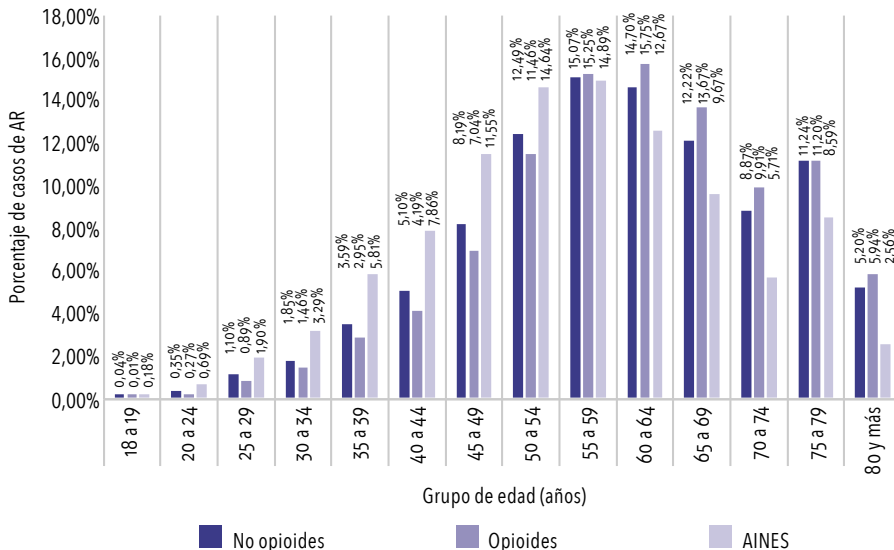
Ahora bien, si se analiza la frecuencia de uso de estos mismos medicamentos en los casos incidentes que inician tratamiento para AR, se evidencia que en el 51,1% (n = 1.757) de esta población se emplearon estos medicamentos (figura 37).

**Figura 37.** Porcentaje de uso de analgésicos y antiinflamatorios en casos incidentes de AR, 2017



En cuanto al porcentaje de uso de los analgésicos en los casos prevalentes, por grupo de edad, se observó un mayor uso de los AINES y no opioides en el grupo de 55 a 59 años y de los opioides en el grupo de 60 a 64 años (figura 38).

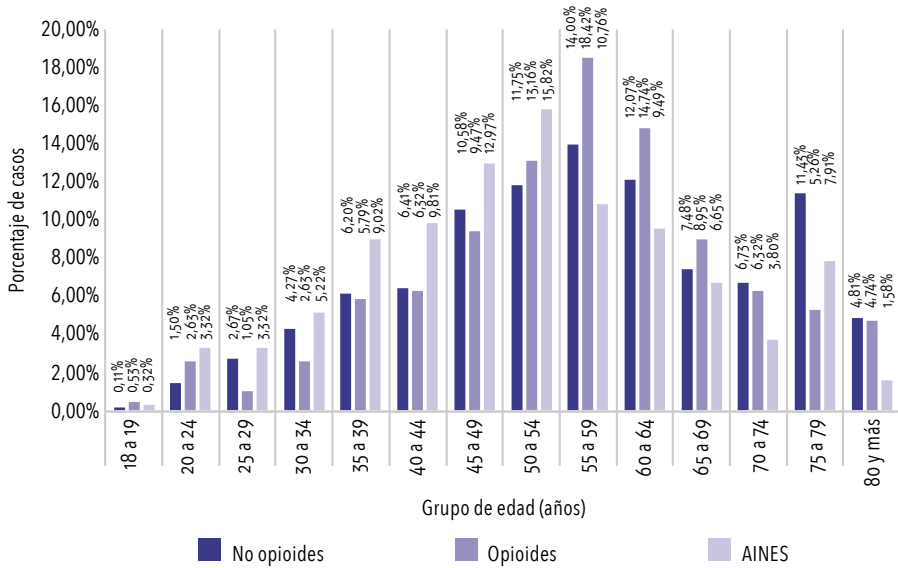
**Figura 38.** Distribución por grupo de edad del uso de analgésicos y antiinflamatorios en los casos prevalentes de AR, 2017





En los incidentes el mayor uso de opioides y no opioides también fue en el grupo de 55 a 59 mientras que los AINES fueron más usados en el grupo de 50 a 54 años (figura 39).

**Figura 39.** Distribución por grupo de edad del uso de analgésicos y antiinflamatorios en los casos incidentes de AR, 2017



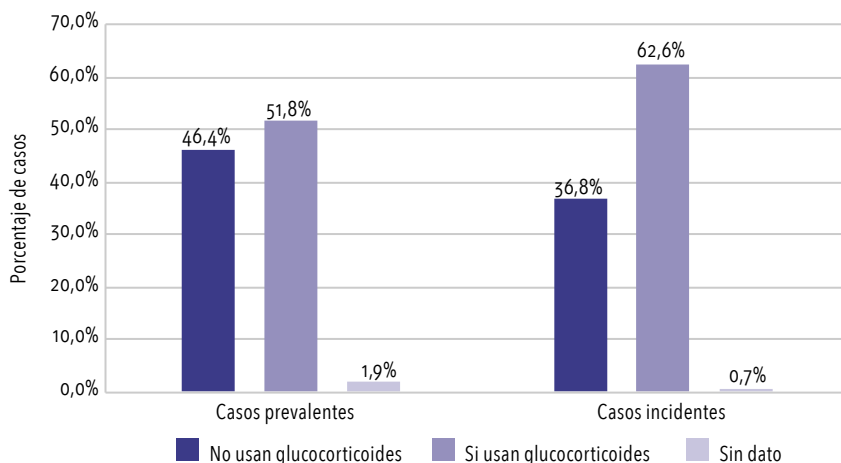
## 5.2 Uso de glucocorticoides

De acuerdo con la información reportada a la CAC, se observó que el 51,8% de los casos prevalentes se encontraban en tratamiento con glucocorticoides ( $n = 37.539$ ), aumentando el uso en un 3% comparado con el año 2016 que fue de 48,8%.

Respecto a los casos incidentes, en el 62,6% ( $n = 2.136$ ) se usaron glucocorticoides (figura 40).

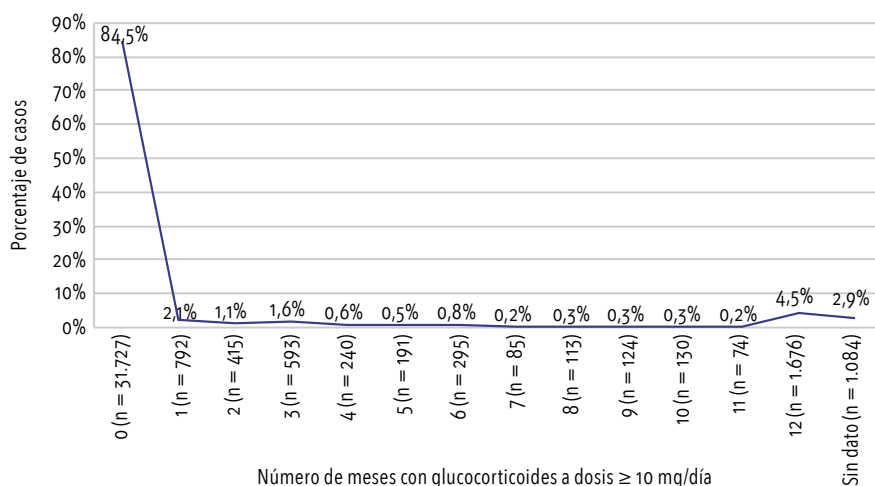


Figura 40. Uso de glucocorticoides en la población con AR, 2017



En aquellos casos en los que se usaron glucocorticoides ( $n = 37.539$ ), se revisó el tiempo de administración de dosis de 10 mg/día o mayores, evidenciando un mayor uso de estas dosis entre 0 y 1 mes (84,5%,  $n = 31.727$ ), cifra mayor que el año anterior (74,5%). Sin embargo, 2.928 pacientes recibieron dosis por más de 3 meses lo cual podría aumentar la probabilidad de eventos adversos por el uso prolongado de estos medicamentos. En la figura 41, se muestra la distribución del tiempo de uso de glucocorticoides a esas dosis.

Figura 41. Distribución del tiempo de uso de los glucocorticoides en la población con AR, 2017





### 5.3 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en los casos prevalentes

Del total de los casos prevalentes en el periodo (n = 72.478), 57.108 usaron algún tipo de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs), es decir el 78,8% de la población reportada con AR. Los FARMEs incluyen los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (csFARMEs), los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos contra objetivo específico (target) (tsFARME), los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (bFARMEs) o algún tipo de combinación entre ellos.

En cuanto a los csFARMEs, 54.657 pacientes usaron este tipo de medicamentos (95,7%) siendo el de mayor uso el metotrexate seguido de la leflunomida. En la tabla 18 se describe el número de casos que usaron cada uno de estos medicamentos.

**Tabla 18.** Uso de los csFARMEs en casos prevalentes con AR

Medicamento	Usan el medicamento		No usan el medicamento		Sin dato		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Azatioprina	586	0,8	71.716	98,9	176	0,2	72.478	100,0
Ciclofosfamida	75	0,1	72.276	99,7	127	0,2	72.478	100,0
Ciclosporina	127	0,2	72.189	99,6	162	0,2	72.478	100,0
Cloroquina	14.161	19,5	57.502	79,3	815	1,1	72.478	100,0
D-penicilamina	40	0,1	72.161	99,6	277	0,4	72.478	100,0
Hidroxicloroquina	1.838	2,5	70.412	97,1	228	0,3	72.478	100,0
Leflunomida	22.673	31,3	49.088	67,7	717	1,0	72.478	100,0
Metotrexate	36.955	51,0	34.233	47,2	1290	1,8	72.478	100,0
Sales de oro	0	0,0	72.411	99,9	67	0,1	72.478	100,0
Sulfasalazina	8.395	11,6	63.625	87,8	458	0,6	72.478	100,0

Por otro lado, el único tsFARME (tofacitinib), se usó en 513 personas con AR, es decir el 0,90% de los casos reportados con este diagnóstico.

En cuanto al uso de los bFARMEs, estos fueron usados en 11.025 casos prevalentes de AR, es decir el 19,3% de la población con AR reportada a la CAC. Los de mayor uso fueron el etanercept y abatacept (tabla 19).

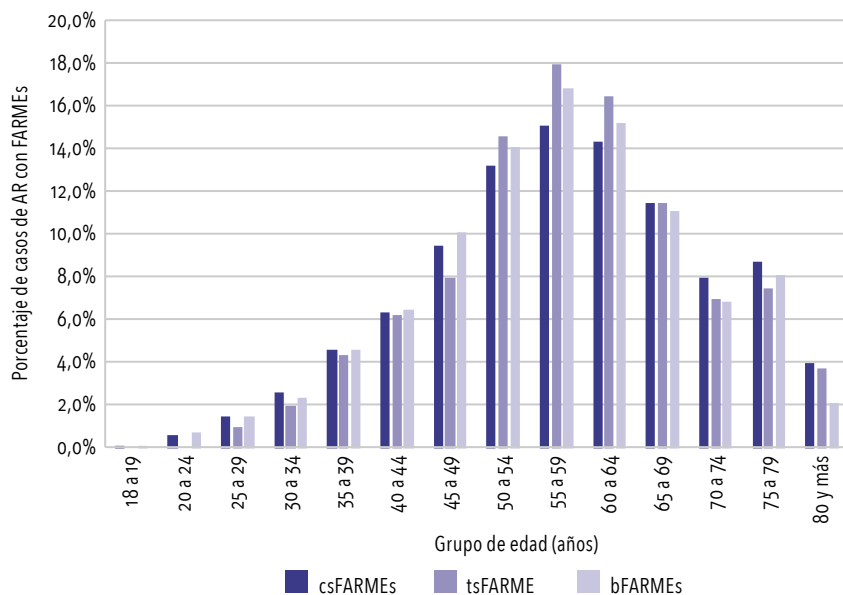


**Tabla 19.** Uso de los bFARMES en los casos prevalentes con AR

Medicamento	Usan el medicamento		No usan el medicamento		Sin dato		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abatacept	1.870	2,6	70.435	97,2	173	0,2	72.478	100,0
Adalimumab	1.374	1,9	70.883	97,8	221	0,3	72.478	100,0
Anakinra	4	0,0	72.417	99,9	57	0,1	72.478	100,0
Certolizumab	1.599	2,2	70.731	97,6	148	0,2	72.478	100,0
Etanercept	2.427	3,3	69.817	96,3	234	0,3	72.478	100,0
Golimumab	638	0,9	71.708	98,9	132	0,2	72.478	100,0
Infliximab	232	0,3	72.172	99,6	74	0,1	72.478	100,0
Rituximab	1.546	2,1	70.790	97,7	142	0,2	72.478	100,0
Tocilizumab	1.523	2,1	70.847	97,7	108	0,1	72.478	100,0

En la figura 42 se muestra que el mayor uso de los csFARMES fue en el grupo de edad de 55 a 59 años mientras que el tsFARME fue en el grupo de 75 a 79 años. Los bFARMES fueron más usados en el grupo de 45 a 49 años.

**Figura 42.** Uso de los FARMES en los casos prevalentes de AR según grupos de edad, 2017



bFARMES: Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad biológicos; csFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos convencionales; tsFARME: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos contra objetivo específico (target)



En la tabla 20 se describe el uso de los FARMES de acuerdo con los regímenes de afiliación; cabe aclarar que es probable que un paciente tenga combinación entre estos medicamentos.

**Tabla 20.** Uso de FARMES en casos prevalentes de AR según el régimen de afiliación

Régimen	csFARMES	tsFARME	bFARMES	Total
Contributivo	40.656	411	8.506	49.588
Especial	451	8	116	569
Excepción	2.818	16	653	3.475
No afiliado	23	1	5	29
Subsidiado	10.709	7	1.745	12.477
<b>Total</b>	<b>54.657</b>	<b>456</b>	<b>11.025</b>	<b>66.138</b>

bFARMES: Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad biológicos; csFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos convencionales; tsFARME: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos contra objetivo específico (target)

En la tabla 21 se muestra la distribución del uso de los FARMES por la entidad que reportó información a la CAC.

**Tabla 21.** Uso de FARMES en casos prevalentes de AR según la entidad

Entidad	sFARMES				bFARMES		Total
	csFARMES		tsFARME		n	%	
	n	%	n	%			
11001	4	80	0	0	1	20	5
25000	1	100	0	0	0	0	1
5000	18	78	1	4	4	17	23
CCF007	77	79	0	0	20	21	97
CCF009	88	70	0	0	38	30	126
CCF015	202	85	0	0	37	15	239
CCF023	23	70	0	0	10	30	33
CCF024	490	89	9	2	50	9	549
CCF027	214	97	0	0	6	3	220
CCF033	55	70	0	0	24	30	79
CCF050	54	70	0	0	23	30	77
CCF053	60	87	0	0	9	13	69
CCF055	155	78	1	1	44	22	200
CCF102	5	63	0	0	3	38	8



**Tabla 21.** Número de casos con AR que usan FARMES según la entidad que reportó (continuación)

Entidad	sFARMES				bFARMES		Total
	csFARMES		tsFARME		n	%	
	n	%	n	%			
EASo16	45	74	2	3	14	23	61
EASo27	235	89	1	0	27	10	263
EMPo17	17	89	0	0	2	11	19
EMPo23	5	71	0	0	2	29	7
EMPo28	196	77	3	1	54	21	253
EMPo29	44	70	0	0	19	30	63
EPSoo1	590	70	5	1	242	29	837
EPSoo2	3.357	86	6	0	561	14	3.924
EPSoo3	7.144	81	59	1	1.659	19	8.862
EPSoo5	2.986	76	37	1	911	23	3.934
EPSoo8	2.732	80	18	1	650	19	3.400
EPSo10	4.188	87	29	1	613	13	4.830
EPSo12	723	91	1	0	72	9	796
EPSo16	5.370	82	95	1	1.051	16	6.516
EPSo17	2.872	80	28	1	681	19	3.581
EPSo18	1.833	87	14	1	270	13	2.117
EPSo22	446	86	2	0	68	13	516
EPSo23	1.345	81	5	0	305	18	1.655
EPSo33	41	62	1	2	24	36	66
EPSo37	7.195	82	110	1	1.426	16	8.731
EPSIo1	29	73	0	0	11	28	40
EPSIo3	67	87	2	3	8	10	77
EPSIo4	13	76	0	0	4	24	17
EPSIo5	147	82	0	0	32	18	179
EPSIo6	24	92	0	0	2	8	26
EPSSo3	628	87	8	1	89	12	725
EPSS33	398	81	6	1	85	17	489
EPSS34	576	91	0	0	59	9	635
EPSS40	1.884	91	15	1	168	8	2.067



**Tabla 21.** Número de casos con AR que usan FARMES según la entidad que reportó (continuación)

Entidad	sFARMES				bFARMES		Total
	csFARMES		tsFARME		n	%	
	n	%	n	%			
EPSS41	67	91	0	0	7	9	74
ESS002	58	88	0	0	8	12	66
ESS024	818	84	7	1	153	16	978
ESS062	1.067	86	4	0	164	13	1.235
ESS076	104	79	0	0	27	21	131
ESS091	87	82	0	0	19	18	106
ESS118	1.388	92	5	0	108	7	1.501
ESS133	341	74	8	2	111	24	460
ESS207	1.144	76	10	1	358	24	1.512
RES001	279	83	0	0	58	17	337
RES002	182	76	3	1	53	22	238
RES003	388	73	6	1	139	26	533
RES004	1.969	83	7	0	403	17	2.379
RES006	4	80	0	0	1	20	5
RES007	35	78	2	4	8	18	45
RES008	85	84	2	2	14	14	101
RES009	6	50	1	8	5	42	12
RES011	32	86	0	0	5	14	37
RES012	5	100	0	0	0	0	5
RES014	8	73	0	0	3	27	11
REUE04	0	0	0	0	0	0	0
REUE05	9	75	0	0	3	25	12
REUE09	5	100	0	0	0	0	5
<b>Total</b>	<b>54.657</b>	<b>83</b>	<b>513</b>	<b>1</b>	<b>11.025</b>	<b>17</b>	<b>66.195</b>

bFARMES: Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad biológicos; csFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos convencionales; sFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos tsFARME: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos contra objetivo específico (target)

Según el ente territorial, Bogotá, D.C. y Antioquia fueron los lugares con mayor uso de los FARMES (tabla 22). En el mapa 4 se muestra la distribución de casos en el uso de los bFARMES.

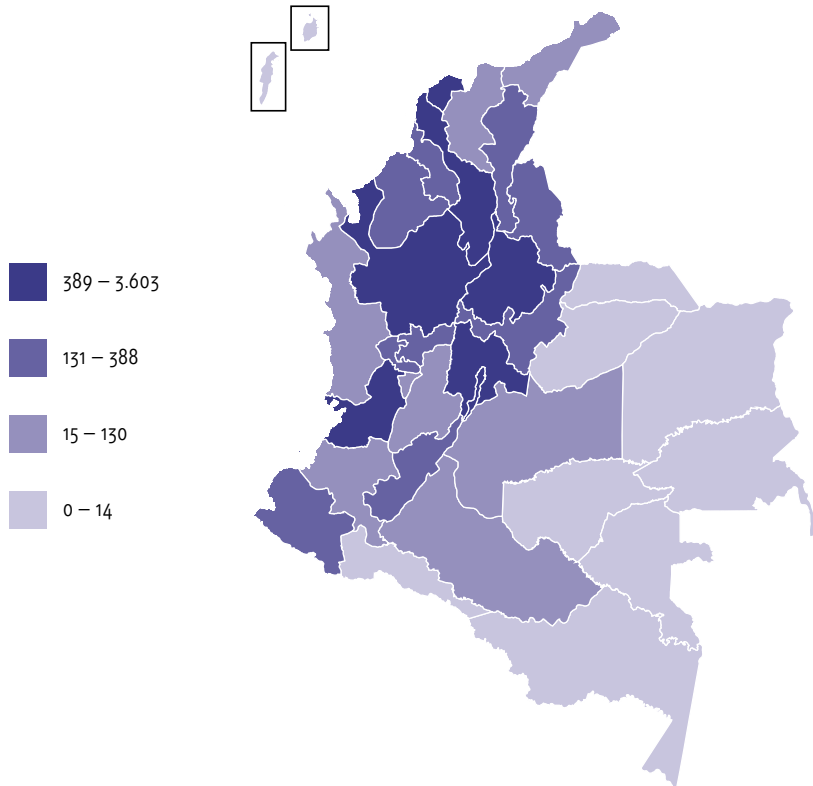


**Tabla 22.** Uso de FARMES en casos prevalentes de AR según la entidad territorial

Entidad	sFARMES				bFARMES		Total
	csFARMES		tsFARME		n	%	
	n	%	n	%			
Amazonas	14	93,3	0	0,0	1	6,7	15
Antioquia	11.354	88,8	85	0,7	1.348	10,5	12787
Arauca	56	78,9	1	1,4	14	19,7	71
Atlántico	1.727	72,8	56	2,4	589	24,8	2372
Bogotá, D.C.	16.066	81,2	108	0,5	3.603	18,2	19777
Bolívar	1.224	72,9	9	0,5	447	26,6	1680
Boyacá	1.028	71,8	16	1,1	388	27,1	1432
Caldas	1.610	85,3	9	0,5	269	14,2	1888
Caquetá	123	64,4	2	1,0	66	34,6	191
Casanare	88	89,8	0	0,0	10	10,2	98
Cauca	649	83,6	8	1,0	119	15,3	776
Cesar	349	68,6	0	0,0	160	31,4	509
Chocó	65	80,2	0	0,0	16	19,8	81
Córdoba	1.171	71,5	1	0,1	465	28,4	1637
Cundinamarca	2.309	91,0	13	0,5	215	8,5	2537
Guainía	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3
Guaviare	11	91,7	0	0,0	1	8,3	12
Huila	971	78,4	45	3,6	223	18,0	1239
La Guajira	137	74,1	0	0,0	48	25,9	185
Magdalena	376	75,7	5	1,0	116	23,3	497
Meta	592	85,4	1	0,1	100	14,4	693
Nariño	1.823	88,2	6	0,3	238	11,5	2067
Norte de Santander	899	69,3	10	0,8	388	29,9	1297
Putumayo	80	89,9	0	0,0	9	10,1	89
Quindío	882	90,2	2	0,2	94	9,6	978
Risaralda	1.945	87,0	12	0,5	279	12,5	2236
San Andrés	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5
Santander	1.462	77,6	16	0,8	407	21,6	1885
Sucre	524	70,5	2	0,3	217	29,2	743
Tolima	709	83,9	6	0,7	130	15,4	845
Valle	6.403	84,6	100	1,3	1.064	14,1	7567
Vaupés	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Vichada	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3
<b>Total</b>	<b>54657</b>	<b>82,6</b>	<b>513</b>	<b>0,8</b>	<b>11025</b>	<b>16,7</b>	<b>66195</b>



**Mapa 4.** Distribución de casos de AR según el uso de los bFARMEs en Colombia



#### 5.4 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en los casos incidentes

Del total de los casos incidentes en el periodo ( $n = 3.414$ ), 3.136 iniciaron algún tipo de FARME (csFARMEs, tsFARME o bFARMEs). Los csFARMEs se usaron en 3.108 pacientes, siendo el de mayor uso el metotrexate seguido de la cloroquina. En la tabla 23 se describe el número de casos que usaron cada uno de estos medicamentos.

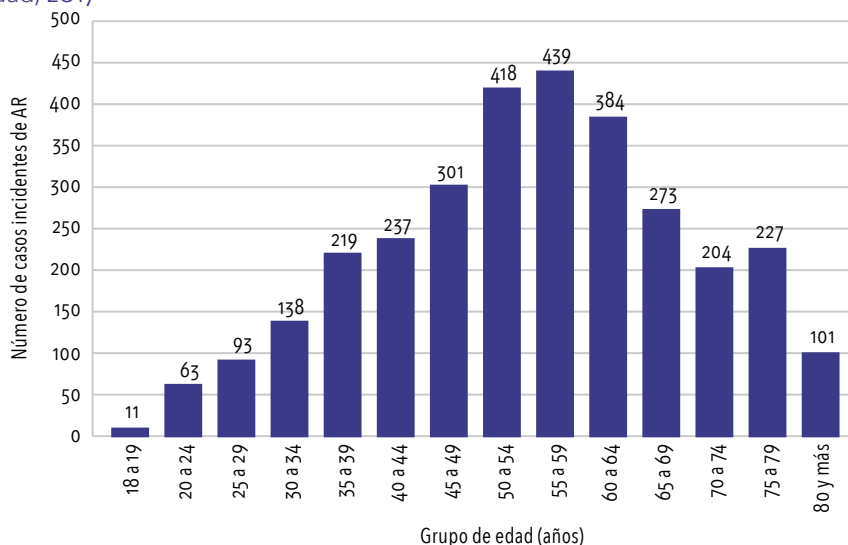


**Tabla 23.** Uso de csFARMEs en los casos incidentes con AR

Medicamento	Usan el medicamento		No usan el medicamento		Sin dato		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Azatioprina	15	0,4	3.397	99,5	2	0,1	3.414	100,0
Ciclofosfamida	4	0,1	3.410	99,9	0	0,0	3.414	100,0
Ciclosporina	5	0,1	3.409	99,9	0	0,0	3.414	100,0
Cloroquina	1.314	38,5	2.085	61,1	15	0,4	3.414	100,0
D-penicilamina	1	0,0	3.410	99,9	3	0,1	3.414	100,0
Hidroxicloroquina	87	2,5	3.321	97,3	6	0,2	3.414	100,0
Leflunomida	703	20,6	2.705	79,2	6	0,2	3.414	100,0
Metotexate	2.280	66,8	1.115	32,7	19	0,6	3.414	100,0
Sales de oro	0	0,0	3.414	100,0	0	0,0	3.414	100,0
Sulfasalazina	387	11,3	3.019	88,4	8	0,2	3.414	100,0

En cuanto al régimen, en el que se reportó mayor uso fue el contributivo (68,9%), seguido del subsidiado (27,1%), los de excepción (3,3%), los especiales (0,6%), y los no afiliados (0,1%). Por grupos de edad, en el que se observó mayor uso de estos medicamentos fue el grupo de 55 a 59 años (figura 43).

**Figura 43.** Uso de los csFARMEs en los casos incidentes de AR según grupos de edad, 2017



Entre los tsFARME, solo se reportó el uso del tofacitinib en 6 pacientes, de los cuales 5 eran del régimen contributivo y 1 del subsidiado.

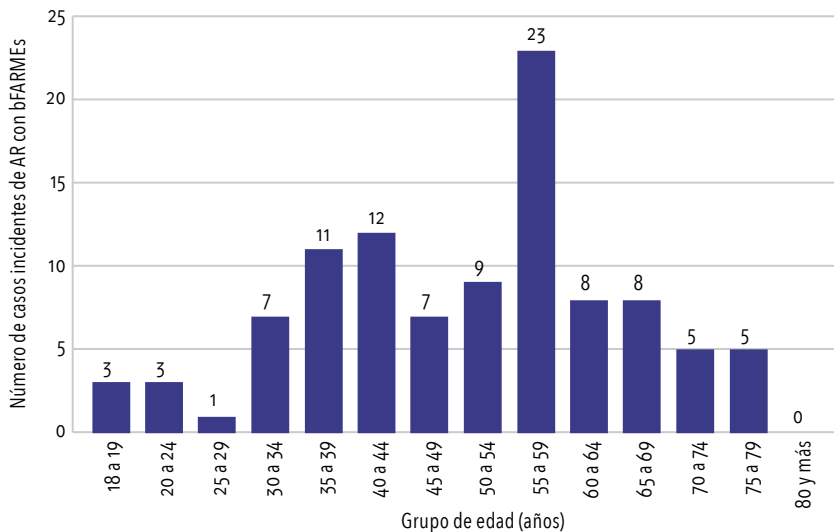


Por otro lado, en 102 casos incidentes se usó algún bFARME, utilizándose en mayor proporción el etanerpet y rituximab (tabla 24). El grupo de edad con mayor uso fue el de 55 a 59 años (figura 44). En cuanto al régimen de afiliación el 68,6% (n = 70) pertenecían al régimen contributivo, el 29,4% (n = 30) al subsidiado y el 2% (n = 2) al de excepción.

**Tabla 24.** Uso de los bFARMEs en los casos incidentes con AR

Medicamentos	Usa el medicamento		No usa el medicamento		Sin dato		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abatacept	18	0,5	3.394	99,4	2	0,1	3.414	100,0
Adalimumab	8	0,2	3.404	99,7	2	0,1	3.414	100,0
Anakinra	0	0,0	3.414	100,0	0	0,0	3.414	100,0
Certolizumab	11	0,3	3.403	99,7	0	0,0	3.414	100,0
Etanercept	23	0,7	3.388	99,2	3	0,1	3.414	100,0
Golimumab	11	0,3	3.403	99,7	0	0,0	3.414	100,0
Infliximab	2	0,1	3.412	99,9	0	0,0	3.414	100,0
Rituximab	19	0,6	3.395	99,4	0	0,0	3.414	100,0
Tocilizumab	11	0,3	3.401	99,6	2	0,1	3.414	100,0

**Figura 44.** Uso de los bFARMEs en los casos incidentes de AR según grupos de edad, 2017





El análisis de uso de los FARMES según la última formulación mostró en los casos incidentes combinaciones, evidenciando un mayor uso de csFARMES (50,1%) (tabla 25).

**Tabla 25.** Uso de combinaciones de FARMES en casos incidentes de AR

Uso de medicamentos	Casos	Porcentaje
1 bFARME	26	0,8%
1 csFARME	1.570	50,1%
1 csFARME + 1bFARME	40	1,3%
2 csFARMES	1.284	40,9%
2 csFARMES + 1 bFARME	27	0,9%
3 csFARMES	165	5,3%
3 csFARMES + 1 bFARME	9	0,3%
4 csFARMES + 1 FARME	9	0,3%
1 csFARME	2	0,1%
1 csFARME + tsFARME	3	0,1%
2 csFARMES + 1 tsFARME	1	0,0%
<b>Total</b>	<b>3.136</b>	<b>100,0%</b>

bFARMES: Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad biológicos; csFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos convencionales; sFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos; tsFARME: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos contra objetivo específico (target)



## 6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

En el año 2018 la Cuenta de Alto Costo publicó el documento “Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia”, este instrumento surtió un proceso estructurado con el fin de definir los indicadores de evaluación y monitorización para la gestión del riesgo por parte de las entidades que reportan a la CAC la atención de los pacientes con AR. Este proceso fue realizado a través de un método formal de consenso entre diferentes actores del SGSSS.

Los indicadores seleccionados fueron aquellos con mejor evidencia científica para la medición de la gestión del riesgo, priorizando los indicadores que permitieran definir la línea de base y la progresividad de cada uno de ellos a lo largo de la medición de las diferentes cohortes de pacientes con AR.

Dichos indicadores fueron agrupados en 7 dominios relacionados con el continuo de la atención en los pacientes con AR como son: la oportunidad, el diagnóstico, la evaluación pretratamiento, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento y los resultados en salud. En la tabla 26 se muestran el dominio y el nombre de cada indicador según los puntos de corte correspondientes para realizar el análisis del mismo. También fue incluido el resultado de la línea de base para cada indicador y el cálculo para el año 2017.

**Tabla 26.** Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR (línea de base y año 2017)

Dominio	N°	Indicador	Punto de corte			Línea de base*	2017
			Estándar	Medio	Bajo		
Oportunidad	1	Oportunidad de atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera atención por especialista)	● < 12 semanas	● ≥ 12 a < 16 semanas	● ≥ 16 semanas	● 22,1**	● 22,1
	2	Oportunidad de diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)	● < 16 semanas	● ≥ 16 a < 20 semanas	● ≥ 20 semanas	● 25,5	● 22,1
	3	Oportunidad de tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD)	● < 20 semanas	● ≥ 20 a < 24 semanas	● ≥ 24 semanas	● 24,7	● 24,0



**Tabla 26.** Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR (línea de base y año 2017) (continuación)

Dominio	N°	Indicador	Punto de corte			Línea de base*	2017
			Estándar	Medio	Bajo		
Diagnóstico	4	Proporción de pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico	● > 40%	● > 30 a ≤ 40%	● ≤ 30%	● 20,4	● 18,7
	5	Proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico	● > 40%	● > 30 a ≤ 40%	● ≤ 30%	● 36,1	● 93,3
	6	Proporción de pacientes en quienes se evaluó daño estructural por AR al diagnóstico	● > 30%	● > 20 a ≤ 30%	● ≤ 20%	● 5,5	● 7,1
Evaluación pretratamiento	7	Proporción de pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico	● > 90%	● > 80 a ≤ 90%	● ≤ 80%	● 9,4	● 15,3
Tratamiento	8	Proporción de pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD)	● > 70%	● > 60 a ≤ 70%	● ≤ 60%	● 29,9	● 40,9
	9	Proporción de pacientes que reciben simultáneamente metotrexate y ácido fólico	● > 90%	● > 80 a ≤ 90%	● ≤ 80%	● 43,9**	● 43,9
Rehabilitación	10	Proporción de pacientes que asisten a terapia ocupacional o terapia física	● > 70%	● > 60 a ≤ 70%	● ≤ 60%	● 4,4**	● 4,4
Seguimiento	11	Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses	● > 60%	● > 50 a ≤ 60%	● ≤ 50%	● 31,8	● 45,8
	12	Proporción de pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses	● > 60%	● > 50 a ≤ 60%	● ≤ 50%	● 12,9	● 23,7
Resultado	13	Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	● > 20%	● > 10 a ≤ 20%	● ≤ 10%	● 12,5	● 9,3
	14	Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	● > 40%	● > 30 a ≤ 40%	● ≤ 30%	● 2,56	● 2,2

\* La línea de base fue calculada a corte del 30 de junio de 2016 durante el desarrollo del documento "Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia". El documento puede ser consultado en [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Indicadores\\_de\\_gestion\\_de\\_riesgo\\_artritis\\_reumatoide.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Indicadores_de_gestion_de_riesgo_artritis_reumatoide.pdf)

\*\*Estos indicadores no fueron medidos a corte del 30 de junio de 2016 por no disponer de la información, por lo que se definió como línea de base el resultado del 2017, según se aclaró en el desarrollo del documento "Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia".



En las tablas 27a y 27b se presentan los resultados de los 14 indicadores para cada una de las entidades que reportó información de casos con AR.

En síntesis, fueron definidos 13 indicadores en rango bajo. Solo el indicador de proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico, alcanzó la meta estándar y está relacionado con la toma de paraclínicos en el momento del diagnóstico. Es necesario que cada entidad que reporta esta información establezca las acciones que permitan alcanzar la meta para cada indicador a través del seguimiento de los pacientes en cada uno de los momentos de la atención.

**Tabla 27a.** Resultados de la gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 1 al 7)

Entidad	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7
	< 12 semanas	< 16 semanas	< 20 semanas	> 40%	> 40%	> 30%	>90%
	≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	> 30 a ≤ 40%	> 30 a ≤ 40%	> 20 a ≤ 30%	>80 a ≤ 90%
	≥ 16 semanas	≥ 20 semanas	≥ 24 semanas	≤ 30%	≤ 30%	≤ 20%	≤ 80%
5000	***	***	***	● 10,0	● 100	***	***
11001	***	***	***	***	***	***	***
25000	***	***	***	***	● 100	***	***
73000	***	***	***	***	***	***	***
CCF007	● 37,0	● 37,0	***	***	● 90,0	***	● 21,1
CCF009	● 39,7	● 39,7	● 39,7	● 8,3	● 66,7	● 33,3	● 14,3
CCF015	● 12,8	● 12,4	● 9,4	● 13,8	● 98,3	● 5,2	● 19,4
CCF023	***	***	***	***	● 100	***	***
CCF024	● 20,7	● 22,1	● 17,0	***	● 99,3	● 1,1	● 2,0
CCF027	● 11,9	● 13,4	● 18,1	● 6,5	● 100	● 1,3	***
CCF033	● 31,4	● 20,1	● 20,1	***	● 92,9	***	***
CCF050	● 27,0	● 31,7	● 31,7	● 14,3	● 100	***	● 20,0
CCF053	***	● 21,6	***	● 79,2	● 85,4	● 75,0	● 100
CCF055	***	● 39,4	***	***	● 100	***	***
CCF102	***	***	***	***	● 100	***	***
EAS016	● 16,5	● 23,4	● 20,9	● 72,7	● 100	● 36,4	***
EAS027	● 23,7	● 27,6	● 17,6	● 29,8	● 93,6	● 17,0	● 5,3



**Tabla 27a.** Resultados de la gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 1 al 7) (continuación)

Entidad	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7
	< 12 semanas	< 16 semanas	< 20 semanas	> 40%	> 40%	> 30%	> 90%
	≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	> 30 a ≤ 40%	> 30 a ≤ 40%	> 20 a ≤ 30%	> 80 a ≤ 90%
	≥ 16 semanas	≥ 20 semanas	≥ 24 semanas	≤ 30%	≤ 30%	≤ 20%	≤ 80%
EMP017	● 7,9	● 7,7	● 7,7	● 20,0	● 100	● 10,0	***
EMP023	***	***	***	***	● 100	***	***
EMP028	***	***	***	● 15,8	● 80,0	● 6,8	● 7,6
EMP029	***	***	***	● 66,7	● 100	● 16,7	● 12,5
EPS001	● 21,2	● 21,4	● 18,4	● 32,2	● 100	● 18,4	● 4,3
EPS002	● 22,6	● 19,4	● 23,3	● 46,7	● 98,0	● 9,7	***
EPS003	● 21,7	● 21,6	● 21,9	● 24,0	● 75,6	● 4,5	● 12,4
EPS005	● 23,5	● 25,3	● 25,7	● 14,7	● 89,3	● 6,3	● 19,3
EPS008	● 21,7	● 23,1	● 23,1	● 30,8	● 94,9	● 8,0	● 28,7
EPS010	● 21,9	● 23,9	● 25,4	● 22,3	● 99,6	● 5,2	● 14,5
EPS012	● 23,9	● 26,0	● 27,2	● 24,8	● 93,8	● 10,3	● 37,5
EPS016	● 21,3	● 20,6	● 22,1	● 16,2	● 95,8	● 3,1	● 2,6
EPS017	● 22,4	● 23,4	● 25,6	● 20,7	● 77,8	● 10,2	● 11,9
EPS018	● 21,8	● 21,6	● 26,4	● 16,3	● 93,4	● 10,6	● 69,3
EPS022	● 26,1	● 26,1	● 26,6	● 7,7	● 99,2	● 3,8	***
EPS023	● 18,4	● 22,0	● 21,2	● 11,6	● 88,4	● 6,5	● 17,0
EPS033	● 44,9	● 44,9	● 44,9	***	● 100	***	***
EPS037	● 23,4	● 24,4	● 25,0	● 25,8	● 97,9	● 12,8	● 15,7
EPSI01	***	***	***	***	● 100	● 25,0	***
EPSI03	***	***	***	***	● 100	● 5,0	● 25,0
EPSI04	***	● 8,4	***	***	● 100	● 66,7	***
EPSI05	● 24,9	● 32,2	● 32,2	● 7,4	● 100	● 25,9	***
EPSI06	***	***	***	● 20,0	● 100	● 10,0	***
EPSS03	● 21,7	● 22,3	***	● 8,8	● 93,0	● 14,0	● 28,9
EPSS33	● 20,4	● 25,7	***	***	● 96,7	***	***
EPSS34	***	● 15,9	***	● 0,6	● 99,2	● 0,2	● 40,0



Tabla 27a. Resultados de la gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 1 al 7) (continuación)

Entidad	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7
	< 12 semanas	< 16 semanas	< 20 semanas	> 40%	> 40%	> 30%	> 90%
	≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	> 30 a ≤ 40%	> 30 a ≤ 40%	> 20 a ≤ 30%	> 80 a ≤ 90%
	≥ 16 semanas	≥ 20 semanas	≥ 24 semanas	≤ 30%	≤ 30%	≤ 20%	≤ 80%
EPSS40	● 29,2	● 19,3	***	● 33,6	● 98,5	● 1,8	● 16,8
EPSS41	***	● 47,7	***	● 15,8	● 89,5	● 2,6	***
ESS002	***	● 21,7	***	***	● 96,4	● 3,6	● 16,7
ESS024	● 28,4	● 31,4	***	● 18,7	● 98,8	● 5,5	● 7,1
ESS062	● 26,6	***	***	● 11,9	● 99,4	● 9,4	● 1,5
ESS076	***	***	***	● 2,3	● 65,1	***	***
ESS091	● 15,0	***	***	***	● 100	***	● 20,0
ESS118	● 20,7	***	***	● 9,3	● 94,0	● 4,9	● 12,0
ESS133	● 21,6	***	***	● 15,5	● 99,5	● 2,1	***
ESS207	● 22,4	***	***	● 20,8	● 98,9	● 8,1	● 14,4
RES001	● 8,7	***	***	● 5,1	● 85,3	● 1,1	● 57,1
RES002	● 37,6	***	***	● 27,5	● 94,1	● 9,8	● 15,4
RES003	● 19,7	***	***	● 14,2	● 97,8	● 10,9	***
RES004	● 30,8	***	***	● 15,6	● 90,6	● 8,4	● 6,2
RES006	***	***	***	***	● 100	● 100	***
RES007	● 11,0	***	***	● 100	● 100	● 33,3	***
RES008	● 16,4	***	***	● 3,4	● 96,6	● 3,4	***
RES009	● 14,3	***	***	● 100	● 100	***	***
RES011	***	***	***	● 40,0	● 100	● 20,0	● 16,7
RES012	***	***	***	***	● 100	***	***
RES014	***	***	***	***	● 100	***	***
REUE04	***	***	***	***	● 100	***	***
REUE05	***	***	***	● 50,0	● 100	***	***
REUE09	***	***	***	***	● 50,0	***	***
<b>Total</b>	● 22,1	● 22,1	● 24,0	● 18,7	● 93,3	● 7,1	● 15,3

\*\*\* Sin dato



**Tabla 27b.** Resultados de gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 8 al 14)

Entidad	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 14
	> 70%	> 90%	> 70%	> 60%	> 60%	> 20%	> 40%
	> 60 a ≤ 70%	> 80 a ≤ 90%	> 60 a ≤ 70%	> 50 a ≤ 60%	> 50 a ≤ 60%	> 10 a ≤ 20%	> 30 a ≤ 40%
	≤ 60%	≤ 80%	≤ 60%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 10%	≤ 30%
5000	● 27,3	● 50,0	***	● 22,7	***	***	***
11001	● 28,6	***	***	***	***	***	***
25000	***	● 20,0	● 40,0	***	***	***	***
73000	● 33,3	***	***	***	***	***	***
CCF007	● 33,7	● 38,0	***	***	***	***	***
CCF009	● 77,1	● 37,5	***	● 19,8	● 1,0	***	***
CCF015	● 57,3	● 30,8	● 2,4	● 9,5	● 3,3	***	***
CCF023	● 41,7	● 54,2	***	● 29,2	● 29,2	***	● 5,6
CCF024	● 19,3	● 23,5	● 2,7	● 12,4	● 0,3	***	***
CCF027	● 9,8	● 46,3	● 2,4	● 69,5	● 72,0	● 1,6	***
CCF033	● 69,5	● 52,5	● 1,7	● 18,6	***	● 2,0	***
CCF050	● 84,8	● 56,1	***	***	***	***	***
CCF053	● 49,3	● 31,3	● 13,4	● 70,1	● 62,7	● 39,7	● 3,4
CCF055	● 20,1	● 43,8	● 1,0	● 24,2	● 15,5	***	***
CCF102	● 33,3	● 50,0	***	***	***	***	***
EAS016	● 30,4	● 12,5	***	● 12,5	● 1,8	***	***
EAS027	● 35,4	● 44,9	● 0,4	● 56,3	● 40,6	● 6,5	● 0,9
EMP017	● 4,8	● 28,6	***	● 4,8	***	***	***
EMP023	***	● 50,0	***	***	***	***	***
EMP028	● 31,4	● 20,6	● 0,2	● 14,9	● 11,1	● 14,3	***
EMP029	● 22,1	● 39,5	***	● 17,4	***	● 7,5	***
EPS001	● 20,6	● 34,5	● 2,3	● 44,2	● 2,3	● 0,2	***
EPS002	● 9,2	● 49,5	● 0,5	● 54,6	● 31,4	● 0,1	***
EPS003	● 67,5	● 31,5	● 2,2	● 26,9	● 16,5	● 10,9	● 3,0
EPS005	● 11,5	● 45,2	● 2,5	● 54,5	● 41,0	● 1,8	● 0,3
EPS008	● 56,5	● 52,8	● 1,8	● 61,6	● 3,0	● 1,9	● 0,3



Tabla 27b. Resultados de gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 8 al 14) (continuación)

Entidad	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 14
	> 70%	> 90%	> 70%	> 60%	> 60%	> 20%	> 40%
	> 60 a ≤ 70%	> 80 a ≤ 90%	> 60 a ≤ 70%	> 50 a ≤ 60%	> 50 a ≤ 60%	> 10 a ≤ 20%	> 30 a ≤ 40%
	≤ 60%	≤ 80%	≤ 60%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 10%	≤ 30%
EPS010	● 36,7	● 52,0	● 10,9	● 57,9	● 37,4	● 30,6	● 7,2
EPS012	● 33,7	● 52,4	● 3,1	● 30,0	● 7,4	● 16,5	● 1,7
EPS016	● 35,9	● 40,2	● 2,2	● 53,3	● 37,0	● 12,3	● 2,5
EPS017	● 47,1	● 68,2	● 4,9	● 56,7	● 6,6	● 0,8	● 0,3
EPS018	● 40,8	● 47,4	● 2,4	● 64,2	● 11,5	● 1,5	● 0,5
EPS022	● 14,2	● 53,4	● 9,1	● 23,3	***	● 0,9	***
EPS023	● 72,2	● 49,2	● 3,0	● 34,0	● 13,8	● 3,4	● 1,0
EPS033	● 17,3	● 51,9	***	● 17,3	● 13,5	***	***
EPS037	● 51,7	● 48,3	● 6,0	● 70,9	● 27,3	● 11,4	● 2,3
EPSI01	● 27,3	● 45,5	● 6,1	● 30,3	● 36,4	***	***
EPSI03	● 61,6	● 65,8	● 1,4	● 24,7	***	● 18,6	● 2,3
EPSI04	● 50,0	● 83,3	***	● 16,7	● 25,0	***	***
EPSI05	● 41,8	● 29,5	***	● 31,5	● 15,1	● 3,3	● 3,3
EPSI06	● 65,5	● 31,0	***	● 27,6	● 3,4	***	***
EPSS03	● 25,1	● 34,1	***	● 35,8	● 30,2	● 7,6	● 2,6
EPSS33	● 15,8	● 41,6	● 4,0	● 9,4	● 5,6	● 1,4	***
EPSS34	● 7,3	● 30,2	● 4,7	● 2,5	***	***	***
EPSS40	● 44,9	● 61,1	● 0,7	● 52,8	● 48,5	● 21,0	● 6,0
EPSS41	● 38,9	● 53,7	***	● 74,1	● 61,1	● 2,6	● 2,6
ESS002	● 37,9	● 12,1	***	● 13,6	● 6,1	***	***
ESS024	● 31,4	● 59,0	● 1,6	● 46,3	● 34,1	● 0,8	● 0,3
ESS062	● 32,5	● 40,4	● 2,5	● 18,4	● 12,4	● 1,2	● 0,3
ESS076	● 44,7	● 40,4	***	● 5,3	● 1,8	***	***
ESS091	● 36,6	● 25,6	● 2,4	● 14,0	● 3,7	● 6,2	● 3,1
ESS118	● 32,5	● 39,1	● 8,0	● 57,5	● 41,5	● 4,4	● 1,3
ESS133	● 12,5	● 33,6	● 2,5	● 12,9	● 3,8	***	***



**Tabla 27b.** Resultados de gestión del riesgo para AR en las entidades que reportaron a la CAC para el año 2017 (indicadores 8 al 14) (continuación)

Entidad	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 14
	> 70%	> 90%	> 70%	> 60%	> 60%	> 20%	> 40%
	> 60 a ≤ 70%	> 80 a ≤ 90%	> 60 a ≤ 70%	> 50 a ≤ 60%	> 50 a ≤ 60%	> 10 a ≤ 20%	> 30 a ≤ 40%
	≤ 60%	≤ 80%	≤ 60%	≤ 50%	≤ 50%	≤ 10%	≤ 30%
ESS207	● 43,7	● 33,3	● 0,2	● 39,1	● 46,6	***	● 0,2
RES001	● 30,8	● 34,7	● 38,7	● 0,2	***	***	***
RES002	● 29,4	● 27,5	● 0,8	● 36,3	● 13,7	● 8,3	● 5,1
RES003	● 31,9	● 42,7	● 9,8	● 22,8	● 2,4	● 1,8	● 1,1
RES004	● 37,3	● 40,5	● 1,1	● 30,4	● 13,5	● 7,1	● 2,0
RES006	***	● 40,0	***	● 60,0	***	● 25,0	***
RES007	● 37,5	● 12,5	***	● 7,1	***	***	***
RES008	● 16,6	● 20,2	● 2,5	● 1,8	***	● 2,6	***
RES009	● 62,5	● 37,5	● 75,0	***	***	***	***
RES011	● 61,1	● 27,8	● 2,8	● 5,6	***	***	***
RES012	● 66,7	● 16,7	***	***	***	***	***
RES014	● 64,3	● 28,6	***	● 7,1	***	***	***
REUE04	***	***	***	***	***	***	***
REUE05	● 33,3	● 66,7	***	● 77,8	● 77,8	● 25,0	***
REUE09	● 20,0	● 60,0	***	● 40,0	***	***	***
<b>Total</b>	● <b>40,9</b>	● <b>43,9</b>	● <b>4,4</b>	● <b>45,8</b>	● <b>23,7</b>	● <b>9,3</b>	● <b>2,2</b>

\*\*\* Sin dato



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según la información reportada a la CAC, en total se hallaron 72.478 casos de adultos con diagnóstico de AR, de los cuales 3.414 fueron reportados como casos incidentes durante el periodo evaluado<sup>1</sup>. La edad media de los pacientes reportados a la fecha de corte fue de 58,0 años y de 50,2 años al momento del diagnóstico, con una aparición levemente más temprana en la población femenina (edad media 49,7 Vs 52,8 en los hombres), lo cual corresponde con lo reportado por otras fuentes, donde la edad de aparición de la AR en la población Colombiana se estimó en 53,2 años (11).

Tanto en la población prevalente como en los casos incidentes, es evidente una concentración de pacientes entre los 50 y los 70 años de edad, y una frecuencia de casos en mujeres superior a la encontrada en los hombres, independientemente del grupo etario, tal como ha sido señalado en la literatura a nivel global (12,13).

Como es de esperar, la distribución de los casos reportados de AR por el régimen de afiliación, mostró al contributivo y al subsidiado como los que concentran el mayor número de casos tanto en la población prevalente como en la incidente. Por su parte, a la fecha de corte, los regímenes especial y subsidiado son los que agrupan la población más joven y de mayor edad, respectivamente.

El tiempo de evolución de la enfermedad arrojó una media de 7,36 años, coincidiendo con lo reportado por una investigación publicada en el 2015 y llevada a cabo por la Fundación de Investigación Médica del Atlántico (14). En particular se pudo observar a la población no afiliada como la que presentó mayores tiempos de evolución en comparación con los pacientes afiliados al SGSSS.

Según los datos analizados, las comorbilidades de mayor frecuencia en los pacientes con diagnóstico de AR fueron la hipertensión, la osteoporosis el síndrome de Sjögren y la diabetes, mostrando un perfil similar al descrito por la evidencia en diferentes contextos geográficos incluido el local (13,15). En general, se encontró una distribución equitativa de las comorbilidades evaluadas entre ambos sexos, a excepción de la osteoporosis y el

---

1 1º de julio de 2016 a 31 de junio de 2017



síndrome de Sjögren que como se sabe, son enfermedades predominantes en la población femenina (16,17).

Según los datos reportados, la prevalencia de la AR en el país durante el periodo evaluado fue de 0,21%, la incidencia fue de 10,35 por 100.000 habitantes y la mortalidad fue de 2,86 casos por 100.000 habitantes, lo cual resulta más bajo de lo que se espera según lo reportado en la literatura a nivel global (13,18-20) e incluso para Colombia que según las cifras ofrecidas por otras fuentes de información, tiene una prevalencia que oscila entre el 0,8 y el 1% (11,21).

Al examinar los resultados de morbilidad previamente descritos y los hallazgos para el anterior periodo evaluado<sup>2</sup>, se puede observar un incremento en la prevalencia y en la mortalidad de la AR, mientras que la incidencia muestra una disminución. Al respecto es preciso resaltar que en el análisis del periodo anterior se incluyó la población a partir de los 16 años de edad, mientras que el presente análisis se llevó a cabo en personas mayores de 18 años, pues la resolución que respalda el reporte a la CAC incluye únicamente población adulta a pesar de que la Guía de Práctica Clínica (GPC) colombiana está dirigida a personas a partir de los 16 años. Esta diferencia en los dos periodos podría explicar la disminución en el número de casos incidentes reportados en la comparación, no obstante, independientemente de la edad de corte utilizada, en ambos periodos se muestran cifras por debajo de lo reportado a nivel global y regional, que puede estar relacionado con el subregistro por parte de las entidades o a la falta de soportes que sustenten la información reportada.

De otro lado, según las recomendaciones de la GPC para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la AR(1), para establecer el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad es necesario tener en cuenta los resultados de los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (Anti-CCP) y del Factor Reumatoide (FR)(1), sin embargo, según el análisis realizado, el 11% de los casos nuevos reportados carecen del FR, mientras que el Anti-CCP le fue practicado a menos de la mitad de los pacientes incidentes. Es importante aclarar que actualmente este último no está incluido en el plan de beneficios en salud, lo que limita el acceso a este tipo de pruebas que requieren trámites adicionales a través del MIPRES.

De igual manera, la GPC colombiana hace referencia al valor pronóstico de los reactantes de fase aguda VSG y PCR, para el diagnóstico de la AR en la población adulta (1), no obstante, según los datos analizados, cada una de estas pruebas fue practicada aproximadamente a la mitad de los pacientes reportados.

2 1° de julio de 2015 a 31 de junio de 2016



A pesar de la limitada capacidad discriminatoria de las radiografías para establecer el diagnóstico de la AR, en la GPC nacional se sugiere el uso de la radiografía de manos o de pies para establecer el pronóstico de los pacientes con AR (1), en este sentido, el análisis mostró que la mayoría de los pacientes (75,9%) carecen de este tipo de estudios al diagnóstico.

Respecto a la atención de la AR en el país, se pudo establecer que en la mayoría de los casos reportados (66%), es el reumatólogo quien establece el diagnóstico y da manejo a la enfermedad, seguido del médico general y del internista, mostrando en cada caso un promedio de 3, 2 y 1 consultas durante el último año, respectivamente.

Con relación a las hospitalizaciones, se encontró que el 2% de los casos reportados requirieron de al menos una hospitalización durante el último año, siendo los pacientes de 75 a 79 años en quienes se reportaron más eventos. De los pacientes con hospitalización, el 84,12% reportó de una a dos hospitalizaciones durante el año, mientras que el porcentaje restante reúne los casos que requirieron de 3 a 12 hospitalizaciones durante el periodo evaluado. Al examinar estos resultados se identificó una tasa mucho mayor de hospitalizaciones comparada con lo que reporta la literatura para otros contextos geográficos (22), sin embargo, cabe aclarar que para el actual reporte, no se tiene información respecto al motivo de las hospitalizaciones y por otro lado, los datos del estudio de referencia provienen de una investigación llevada a cabo en un país de altos ingresos.

La actividad de la enfermedad también fue analizada encontrando una deficiencia en el reporte del DAS28, uno de los principales parámetros para evaluar el estado de actividad de la AR. Cabe resaltar que en los datos proporcionados se evidenció un mayor porcentaje de casos en remisión y actividad baja; y que se observó en los casos con dos mediciones del DAS28 (DAS28 inicial y actual) un aumento del 15,5% en la población en remisión.

Por otro lado, según la información reportada, el 3% de la población incluida en el análisis requirió de algún tipo de reemplazo articular después del diagnóstico de AR, lo cual se considera bajo, frente a lo reportado en un estudio local que correspondió a un 9,1% de pacientes con reemplazo articular sobre el total de la cohorte (15).

Aunque en algunas ocasiones se hace necesario el uso de analgésicos que controlen el dolor en los pacientes con AR, los efectos adversos, la adicción y las interacciones medicamentosas representan variables de importancia a la hora de elegir la mejor alternativa disponible. Al analizar los datos reportados con la relación al uso de analgésicos en la población evaluada, se observó una marcada preferencia por los analgésicos no opioides, que según reporta la literatura, obedecen a los tipos de analgésico de mayor efectividad y seguridad combinada para los pacientes con enfermedad inflamatoria (23),



mientras, el 14% de los pacientes hicieron uso de AINES como tratamiento de elección para el manejo del dolor.

Según los datos reportados, el 52% de los casos prevalentes y el 62% de los casos incidentes hicieron uso de glucocorticoides, que aunque tienen fuertes efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores y son ampliamente utilizados en el tratamiento de la AR en combinación con otros medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, también pueden producir efectos adversos de consideración, especialmente si se administran en dosis mayores a 10 mg, por lo que la GPC colombiana recomienda el uso de glucocorticoides por el menor tiempo posible y a la menor dosis efectiva, hasta lograr remisión o baja actividad de la enfermedad(1).

Al examinar el tiempo de uso de este tipo de medicamentos a dosis de 10 mg o mayores, se pudo encontrar que a pesar de que la mayoría de los pacientes tomaron el medicamento por menos de un mes, cerca del 5% permanecieron por más de 3 meses y hasta un año haciendo uso continuo de glucocorticoides, lo cual se considera un comportamiento de riesgo para la generación de eventos adversos, comorbilidades y pérdida de eficacia de los FARMES, teniendo en cuenta que, el 88% de los pacientes usuarios de glucocorticoides también eran usuarios de FARMES bien sea sintéticos o biológicos.

Para finalizar, se pudo observar que en un porcentaje considerable de los casos, no se cuenta con la información necesaria para el establecimiento de los tiempos de oportunidad en la atención de los pacientes con diagnóstico de AR. En los casos susceptibles de análisis, se observaron tiempos alejados del punto de corte estándar establecido, lo cual constituye un importante hallazgo que debe ser tenido en cuenta por las aseguradoras y por los prestadores de servicios de salud del país, que manejan población con AR, con el propósito de incorporar las medidas necesarias para mejorar los resultados de los indicadores propuestos, en favor de la calidad de la atención y el bienestar general de los pacientes que padecen de AR en Colombia. De otro lado, el cargue de información completa y debidamente soportada constituye el principal insumo para realizar los análisis presentados, por lo cual, se hace especial énfasis en la necesidad de mejorar los procesos relacionados, de manera que progresivamente se pueda contar con información más precisa y confiable.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social M. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Artritis Reumatoide. Vol. 26, Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Bogotá, Colombia; 2014.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC MIPRES [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/AF/abece-ctc-reporte-prescripcion.pdf>
3. Diccionario académico de la medicina [Internet]. [citado el 28 de agosto de 2018]. Disponible en: [http://dic.idiomamedico.net/síndrome\\_de\\_Sjögren](http://dic.idiomamedico.net/síndrome_de_Sjögren)
4. Organización Mundial de la Salud. Chronic diseases and health promotion [Internet]. 2018 [citado el 26 de julio de 2018]. p. 1. Disponible en: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
5. Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* 2005;4(3):130-6.
6. Arthritis Foundation. Arthritis by the Numbers. Arthritis Found [Internet]. 2017 [citado el 26 de julio de 2018];1-70. Disponible en: <https://www.arthritis.org/Documents/Sections/About-Arthritis/arthritis-facts-stats-figures.pdf>
7. Barbour KE, Helmick CG, Boring M, Brady TJ. Vital Signs: Prevalence of Doctor-Diagnosed Arthritis and Arthritis-Attributable Activity Limitation – United States, 2013–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2017 [citado el 27 de julio de 2018];66(9):246–53. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6609e1.htm>
8. MSPS. Resolución 1393 de 2015 [Internet]. Colombia, Colombia; 2015 [citado el 27 de julio de 2018]. p. 14. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1393-del-2015.pdf>
9. Lopera M. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. [Internet]. Vol. 37, *Biomédica*. 2017 [citado el 5 de julio de 2018]. p. 577–89. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i4.3333>
10. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia. Consenso basado en la evidencia. [Internet].



Colombia: Cuenta de Alto Costo,; 2018 [citado el 5 de agosto de 2018]. p. 1-114. Disponible en: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Indicadores\\_de\\_gestion\\_de\\_riesgo\\_artritis\\_reumatoide.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Indicadores_de_gestion_de_riesgo_artritis_reumatoide.pdf)

11. Vinaccia Alpi S, Quiceno JM, Lozano F, Romero S. Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta Colomb Psicol.* 2017;20(1):49-69.
12. Wilson O, Hewlett S, Woodburn J, Pollock J, Kirwan J. Prevalence, impact and care of foot problems in people with rheumatoid arthritis: Results from a United Kingdom based cross-sectional survey. *J Foot Ankle Res.* 2017;10(1):46.
13. Turesson C. Comorbidity in rheumatoid arthritis. Vol. 146, *Swiss medical weekly.* 2016. p. w14290.
14. Morales D, Pinedo J. Evolución clínica de pacientes con artritis reumatoide con actividad alta y moderada tratados con bDMARDS , medida con DAS 28 . Fundación Investigación Médica del Atlántico. *Biociencias*, ISSN-e 2390-0512, Vol 10, No 2, 2015 (Ejemplar Dedic a BIOCIENCIAS), págs 11-19. 2015;10(2):11-9.
15. Bautista-Molano W, Fernández-Avila D, Jiménez R, Cardozo R, Marín A, Soler M del P, et al. Perfil epidemiológico de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral. *Reumatol Clin.* noviembre de 2016;12(6):313-8.
16. Francis Jarrosay L, Speck Jarrosay CM, Fernandez Sánchez G, Simón Duvergel N, Martínez Hernández R. Osteoporosis. Problema social actual. *Rev Inf Científica.* 2017;96(2):325-36.
17. 17. Reksten TR, Jonsson M V. Sjögren's Syndrome: An update on epidemiology and current insights on pathophysiology. Vol. 26, *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America.* 2014. p. 1-12.
18. Widdifield J, Bernatsky S, Paterson JM, Tomlinson G, Tu K, Kuriya B, et al. Trends in Excess Mortality Among Patients With Rheumatoid Arthritis in Ontario, Canada. *Arthritis Care Res (Hoboken).* agosto de 2015;67(8):1047-53.
19. Ma VY, Chan L, Carruthers KJ. Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the united states: Stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pa. Vol. 95, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* NIH Public Access; 2014. p. 986-995.e1.
20. Rudan I, Sidhu S, Papan A, Meng S-J, Xin-Wei Y, Wang W, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in low- and middle-income countries: A systematic review and analysis. *J Glob Health.* junio de 2015;5(1):010409.



21. Díaz-Rojas JA, Dávila-Ramírez FA, Quintana-López G, Aristizábal-Gutiérrez F, Brown YP. Prevalencia de artritis reumatoide en Colombia: Una aproximación basada en la carga de la enfermedad durante el año 2005. *Rev Colomb Reumatol.* enero de 2016;23(1):11-6.
22. Rai SK, Aviña-Zubieta JA, McCormick N, de Vera MA, Lacaillé D, Sayre EC, et al. Trends in Gout and Rheumatoid Arthritis Hospitalizations in Canada From 2000 to 2011. *Arthritis Care Res.* mayo de 2017;69(5):758-62.
23. Whittle SL, Richards BL, Husni E, Buchbinder R. Opioid therapy for treating rheumatoid arthritis pain. *Cochrane Database Syst Rev.* noviembre de 2011;(11).



**CUENTA DE ALTO COSTO**

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Se <sup>o</sup>sumamos  
o <sup>o</sup>sumando  
esfuerzos <sup>o</sup>

Este libro fue realizado en caracteres  
Avenir Next en el mes de noviembre de 2018  
Bogotá, D.C., Colombia









**CUENTA DE ALTO COSTO**

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Seguimos  
sumando  
esfuerzos

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Ministerio de Hacienda y Crédito Público



Libertad y Orden